

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“EFECTOS DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA MEJORAR RASGOS DEPRESIVOS EN UN GRUPO
DE ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 15 AÑOS”.**

POR:

ARELIS EDITH FERNÁNDEZ ARCIA

**TRABAJO DE GRADUACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS
PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

2020



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

VIP-DP-223-19
1 de abril de 2019

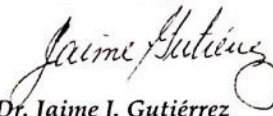
Mgtr. Ricardo López
Coordinador
Facultad de Psicología
Universidad de Panamá
E. S. M.

Estimado Coordinador:

Con relación a la nota No. VIP-DP-1436-16 del 13 de diciembre de 2016, le remitimos la corrección del título de tesis de la Maestría en Psicología Clínica, de la siguiente estudiante:

| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | TÍTULO DE LA TESIS | CÓDIGO |
|-----------------------|--|------------------------|
| Arelis E. Fernández | Programa Terapéutico Cognitivo Conductual para Mejorar Rasgos Depresivos en un Grupo de Adolescentes | CE-PT-327-14-06-16-138 |

Atentamente,


Dr. Jaime J. Gutiérrez
Vicerrector

c.c. Dr. Janzel Villalaz, Director de Investigación, VIP
Dr. Miguel Ángel Cañizales, Director de Investigación y Postgrado, Fac. Psicología

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado en primer lugar, al que con fe hace todo posible, Dios, por ser mi guía y bendecirme en este camino, llamado vida.

A mis padres, Gregorio Fernández y Débora Arcia, que sin duda son un pilar fundamental en mi vida y me han brindado su amor y apoyo incondicional.

A mi esposo, Alex Rodríguez, que ha sido mi cómplice, motivándome, apoyándome y dándome las fuerzas para continuar con mis metas.

Y por supuesto al orgullo de mamá, mis pequeños Andrea Sofía y Alessandro que me enseñan cada día que hay que dar lo mejor.

A todos los amo profundamente.

AGRADECIMIENTO

Deseo iniciar agradeciéndole a Dios por poner cada una de esas personas en mi camino, por estar a mi lado, por darme salud y la fuerza para enfrentar cada día con optimismo y fe.

A mis padres Gregorio, Débora y hermano Anthony, por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

A mi esposo Alex e hijos Andrea Sofía y Alessandro, por regalarme su amor y ser ese motor que me impulsa.

A mi asesor de tesis el Profesor Ricardo López, por brindarme sus conocimientos durante la maestría, por aceptar guiarme y brindarme las oportunidades de seguir adelante.

Mi profundo agradecimiento a mi asesor externo de tesis, el Profesor Jorge Delgado, a quien admiro y aprecio, por su vocación y disposición de ofrecerme sus conocimientos y orientaciones que me permitieron enriquecer este trabajo.

Un especial agradecimiento a la Lic. Luz María Córdoba, por ser ese impulso que necesitaba para creer en mí y ayudarme a ver que no todo estaba perdido.

De igual manera a la Universidad de Panamá y profesores de la Facultad de Psicología, maestría en Clínica por brindarme las oportunidades de continuar y ofrecerme sus conocimientos.

Con respeto y admiración a la profesora Marita Mojica y el profesor Daniel Sánchez por su disposición a ayudar y ofrecer orientaciones.

Quiero también expresar mi gratitud a mi compañera de labores y amiga Iliana Ávila por motivarme y apoyarme en todo momento.

Y finalmente deseo agradecer a los padres y madres que permitieron que sus hijas participaran en la investigación y a cada una de las adolescentes que me regalaron la oportunidad de conocerlas, de compartir sus emociones, experiencias y aprendizajes.

RESUMEN

La presente investigación es un procedimiento de intervención enfocado a disminuir los rasgos depresivos en un grupo de adolescentes mediante un enfoque Terapéutico Cognitivo Conductual. Se utilizó un diseño de investigación Cuasi experimental con preprueba y posprueba y un solo grupo. La muestra se obtuvo al evaluar con el pretest a tres grupos intactos de adolescentes pertenecientes al nivel de 8° del Centro Educativo de Formación Integral Bilingüe China. Mostrando mayores puntuaciones en rasgos depresivos las mujeres, las cuales fueron seleccionadas para participar en el tratamiento. Luego de terminar el tratamiento de 10 sesiones grupales, se aplicó un postest a las participantes para evaluar la efectividad del mismo. Los resultados obtenidos posteriormente al tratamiento fueron menores en las escalas que miden los rasgos de depresión, demostrando así la efectividad del Programa Cognitivo Conductual para el manejo de la depresión en el grupo de participantes.

ABSTRACT

The present investigation is an intervention procedure focused on diminishing the depressive features in a group of adolescents through a Therapeutic Cognitive Behavioral approach. A Quasi experimental research design with pre-test and post-test and a single group was used. The sample was obtained by evaluating with the pre-test three intact groups of adolescents belonging to the 8th level of the Educational Center of Integral Chinese Bilingual Formation. Showing higher scores on depressive traits women, which were selected to participate in the treatment. After finishing the treatment of 10 group

sessions, a post-test was applied to the participants to evaluate the effectiveness of the same. The results obtained after the treatment were lower in the scales that measure the depression traits, thus demonstrating the effectiveness of the Behavioral Cognitive Program for the management of depression in the group of participants.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|-------------------|-----|
| Portada | i |
| Registro de tesis | ii |
| Dedicatoria | iii |
| Agradecimiento | iv |
| Resumen | |
| Abstract | |
| Introducción | |

Capítulo I: Fundamentación Teórica

| | |
|---|----|
| 1. Depresión | 7 |
| 1.1. Antecedentes históricos y filosóficos de la depresión | 7 |
| 1.2 Definiciones sobre la depresión | 10 |
| 1.3 Diagnóstico de Depresión | 12 |
| 1.3.1 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) | 12 |
| 1.3.2 Clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-5) | 15 |
| 1.4 Diagnóstico diferencial | 18 |
| 1.5 Modelo Teórico que explica la depresión. | 19 |
| 1.6 Factores que pueden contribuir a la depresión | 21 |
| 1.7 Datos estadísticos de la depresión en Panamá | 23 |
| 1.7.1 Cuadros Estadísticos de Trastornos Depresivos en el País de Panamá de acuerdo a Datos del Ministerio de Salud 2015. | 25 |
| 2. Adolescencia | 28 |
| 2.1 Definiciones | 28 |
| 2.2 Etapas de la Adolescencia | 30 |
| 2.2.1 Adolescencia Temprana | 30 |

| | |
|--|--------|
| 2.2.2 Adolescencia Intermedia | 31 |
| 2.2.3. Adolescencia tardía | 32 |
| 2.3 Cambios durante la adolescencia | 33 |
| 2.3.1 Desarrollo físico | 33 |
| 2.3.2 Desarrollo psicológico | 34 |
| 2.3.3 Desarrollo emocional | 34 |
| 2.3.4 Desarrollo social | 35 |
| 2.4 Adolescencia y Depresión | 37 |
| 2.4.1 Prevalencia | 37 |
| 2.4.2 Signos de depresión en la adolescencia | 40 |
| 2.4.3 Factores de riesgo en adolescentes | 41 |
| 2.4.4 Algunos efectos que puede producir la depresión en la adolescencia, en relación al ambiente escolar | 43 |
| 2.4.5 Tratamientos para la depresión en niños y adolescentes | 44 |
| 2.4.6 Investigaciones sobre la depresión en adolescentes de Panamá | 46 |
| 3. Fundamentos de la Terapia Cognitiva Conductual | 50 |
| 3.1 Antecedentes Históricos | 50 |
| 3.2 Principales aspectos de la Terapia Cognitiva por Aaron Beck | 54 |
| 3.2.1 Definición | 54 |
| 3.2.2 Componentes principales | 57 |
| 3.2.3 Enfoque de los trastornos de acuerdo con este modelo | 62 |
| 3.3 Algunos Aportes Terapia Racional Emotiva Conductual por Albert Ellis. | 63 |
| 3.4 Definiciones actuales de la Terapia Cognitiva Conductual | 69 |
| 3.5 Importancia de la Terapia Cognitivo Conductual en la Depresión | 71 |
| 3.6 Metas Generales de la Terapia Cognitiva Conductual en la Depresión | 73 |
| 3.6.1. Meta 1: Disminuir el pensamiento disfuncional | 74 |
| 3.6.2 Meta 2: Optimizar la capacidad de resolución de problemas | 75 |

| | |
|--|----|
| 3.6.3 Meta 3: Incrementar las habilidades de autocontrol | 76 |
| 3.6.4 Meta 4: Mejorar las tasas de reforzamiento positivo | 77 |
| 3.6.5 Meta5: Aumentar las Habilidades Sociales e Interpersonales | 78 |
| 3.7 Algunas investigaciones sobre Terapia Cognitiva Conductual en la depresión | 79 |

Capítulo II: Metodología de la Investigación

| | |
|---|----|
| 1. Planteamiento del problema | 85 |
| 2. Objetivos | 86 |
| 2.1 Objetivos Generales | 86 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 86 |
| 3. Preguntas de Investigación | 87 |
| 4. Justificación de la Investigación | 88 |
| 5. Tipo de estudio | 90 |
| 6. Definición de Variables | 90 |
| 6.1 Definición Conceptual de la Variable Independiente | 90 |
| 6.2 Definición Conceptual de la Variable Dependiente | 91 |
| 6.3 Definición Operacional de la Variable Independiente | 91 |
| 6.4 Definición Operacional de la Variable Dependiente | 92 |
| 7. Hipótesis | 92 |
| 7.1 Hipótesis de investigación | 92 |
| 7.2 Hipótesis Nula | 93 |
| 7.3 Hipótesis Estadística | 94 |

| | |
|--|-----|
| 8. Diseño | 94 |
| 8.1 Diseño de investigación | 94 |
| 8.2 Diseño estadístico | 95 |
| 9. Población y Muestra | 96 |
| 9.1 Población | 96 |
| 9.2 Muestra | 96 |
| 9.2.1. Criterios de Inclusión | 97 |
| 9.2.2. Criterios de Exclusión | 97 |
| 10. Instrumentos | 98 |
| 10.1 Cuestionario de Depresión para Niños y adolescentes (CDS) | 98 |
| 10.2 Entrevista a los padres | 100 |
| 10.3 Entrevista clínica individual para el adolescente | 101 |
| 11. Procedimiento | 101 |
| 11.1 Paso 1 | 101 |
| 11.2 Paso 2 | 103 |
| 11.3 Paso 3 | 105 |
| 11.4 Paso 4 | 105 |
| 11.5 Paso 5 | 105 |
| 11.6 Paso 6 | 106 |
| 11.7 Paso 7 | 106 |

Capítulo III: Presentación y Análisis de los resultados

| | |
|---|-----|
| 1. Resultados Estadísticos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) | 108 |
| 1.1 Resultados de la Subescala AA | 108 |
| 1.2 Resultados de la Subescala RA | 111 |
| 1.3 Resultados de la Subescala PS | 115 |
| 1.4 Resultados de la Subescala AE | 118 |
| 1.5 Resultados de la Subescala PM | 121 |
| 1.6 Resultados de la Subescala SC | 123 |
| 1.7 Resultados de la Subescala DV | 126 |
| 1.8 Resultados de la Subescala PV | 130 |
| 1.9 Resultados de la Escala TP | 132 |
| 1.10 Resultados de la Escala TD | 133 |
| 2. Conceptualización de los casos | 139 |
| 2.1 Caso 1 | 139 |
| 2.2 Caso2 | 140 |
| 2.3 Caso 3 | 142 |
| 2.4 Caso 4 | 144 |
| 2.5 Caso 5 | 145 |
| 2.6 Caso 6 | 146 |
| 2.7 Caso 7 | 148 |
| 2.8 Caso 8 | 149 |

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo 1: CDS Hoja de respuestas

Anexo 2: Consentimiento informado

Anexo 3: Valores Críticos de la Distribución de la t de Student

Anexo 4: Manual para las sesiones del programa

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|-----|
| Tabla 1: Puntajes de la Subescala AA antes y después del tratamiento. | 108 |
| Tabla 2: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala AA | 110 |
| Tabla 3: Puntajes de la Subescala RA antes y después del tratamiento. | 112 |
| Tabla 4: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala RA | 113 |
| Tabla 5: Puntajes de la Subescala PS antes y después del tratamiento | 115 |
| Tabla 6: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala PS | 116 |
| Tabla 7: Puntajes de la Subescala AE antes y después del tratamiento. | 118 |
| Tabla 8: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala AE | 119 |
| Tabla 9: Puntajes de la Subescala PM antes y después del tratamiento. | 121 |
| Tabla 10: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala PM | 122 |
| Tabla 11: Puntajes de la Subescala SC antes y después del tratamiento. | 124 |
| Tabla 12: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala SC | 125 |
| Tabla 13: Puntajes de la Subescala DV antes y después del tratamiento. | 127 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 14: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala DV | 128 |
| Tabla 15: Puntajes de la Subescala PV antes y después del tratamiento. | 130 |
| Tabla 16: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala PV | 131 |
| Tabla 17: Puntajes de la escala TP antes y después del tratamiento | 133 |
| Tabla 18: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Escala TP. | 134 |
| Tabla 19: Puntajes de la escala TD antes y después del tratamiento. | 136 |
| Tabla 20: Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas. | 137 |

ÍNDICE DE GRÁFICAS

| | |
|---|-----|
| Gráfica 1: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala AA | 110 |
| Gráfica2: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala AA. | 111 |
| Gráfica3: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala RA | 113 |
| Gráfica4: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala RA. | 114 |
| Gráfica5: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala PS | 116 |
| Gráfica6: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala PS. | 117 |
| Gráfica7: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala AE | 119 |
| Gráfica8: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala AE. | 120 |
| Gráfica9: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala PM | 122 |
| Gráfica10: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala PM. | 123 |
| Gráfica11: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala SC | 125 |
| Gráfica12: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala SC. | 126 |
| Gráfica13: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala DV | 128 |

| | |
|---|-----|
| Gráfica14: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala DV. | 129 |
| Gráfica15: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala PV | 131 |
| Gráfica16: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala PV. | 132 |
| Gráfica17: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Escala TP | 134 |
| Gráfica18: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la escala TP. | 135 |
| Gráfica19: Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Escala TD | 137 |
| Gráfica20: Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la escala TD. | 138 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura1: Casos registrados de trastornos depresivo, por sexo, según edad. Panamá, 2015. | 25 |
| Figura2: Tasa de morbilidad médica de salud mental por trastorno depresivo según el sexo, Panamá, 2015. | 26 |
| Figura3: Número de casos registrados por intentos de suicidios, por sexo y según edad. Panamá 2015. | 26 |
| Figura4: Morbilidad médica de historia personal de lesión autoinfligida Intencionalmente por sexo., según región de salud. Panamá 2015. | 27 |
| Figura5: Morbilidad por suicidios. Panamá 2005-2015. | 28 |

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere a un programa de intervención para adolescentes con rasgos depresivos, con un enfoque cognitivo conductual, que permita reconocer la influencia que tienen los pensamientos, actividades y las relaciones interpersonales en su estado de ánimo.

Podemos apreciar según las últimas estimaciones, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas. (Organización Panamericana de la Salud [O.P.S] y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017a)

Otros datos señalan que la depresión en adolescentes se incrementa entre los 13 y los 18 años, se estima que la incidencia acumulada para este grupo de edad es similar a la de los adultos; sin embargo, a pesar de la presentación temprana de los síntomas, un porcentaje muy bajo recibe la atención en forma temprana. Este hecho señala a la adolescencia como un período crítico, que debe recibir especial atención, ya que cada año se suicidan cerca de 800 mil personas, y es el suicidio la tercera causa de muerte para los

jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. Por lo tanto, la falta de un tratamiento oportuno puede desencadenar consecuencias lamentables. (O.M.S., 2019a)

Teniendo en cuenta el panorama a nivel mundial, del impacto de la depresión y especialmente en los adolescentes, el aporte que ofrece el campo de la psicología clínica es fundamental y tiene la responsabilidad de contribuir en la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamientos efectivos que propicien un mejor estado de la salud mental.

De esta manera esta investigación brinda la oportunidad de contribuir tanto en la prevención, ya que va dirigido a adolescentes entre 13 y 15 años, de aplicar evaluación, diagnóstico oportuno y ofrecer un tratamiento eficaz.

A través de este estudio cuasiexperimental, se busca evaluar la efectividad del programa terapéutico cognitivo conductual aplicado a un solo grupo de 8 adolescentes que fueron seleccionados por mostrar indicadores altos de depresión en el pretest y que luego participaron en 10 sesiones de tratamiento.

Las primeras tres sesiones del programa trabajan la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo. Las próximas tres sesiones van dirigidas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo. Las siguientes tres sesiones se

relacionan con el modo en que las interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo. Y la última sesión que corresponde al cierre y realimentación.

Luego de finalizado el tratamiento se aplicó el postest y al comparar los resultados se logró evidenciar la eficacia del tratamiento propuesto en la investigación, ya que hubo diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las escalas de medición antes y después. Mostrando puntuaciones menores luego del tratamiento, que indica que hubo mejoría de los rasgos de depresión en las participantes.

Además, la investigación, nos ofrece datos cualitativos importantes de la muestra, que indican que las adolescentes femeninas fueron más propensas a expresar indicadores de depresión, además de compartir en su mayoría dificultades en sus relaciones familiares y económicos. Por eso a través de programas de intervención cortos se podría ir rompiendo las barreras del prejuicio y estigma que se tiene de la enfermedad.

Para tener un esquema general del presente trabajo de investigación, está distribuido de la siguiente manera:

Capítulo I

Corresponde a la fundamentación teórica cuya finalidad principal es dar los principios y la base para la investigación, tomando aportes de distintos autores, conceptos, antecedentes e investigaciones previas acerca de las variables de investigación que corresponde a la depresión y la terapia cognitiva conductual, y asociándola con la población que es objeto de estudio, que son los adolescentes.

Capítulo II

En esta sección se mostrará el marco metodológico, que determina cómo se realizó el estudio, con la serie de acciones destinadas a describir, analizar y recolectar los datos del problema planteado, con el objetivo de que los resultados tengan validez y pertinencia.

Capítulo III

Esta sección hace referencia a la presentación y análisis de los resultados, en la que una vez recogida, registrada y organizada la información del trabajo de campo, se procede a ver si nuestros planteamientos teóricos son soportados con los datos empíricos. Y determinar si se cumple la hipótesis de investigación, que esta investigación corresponde a la efectividad del programa.

Finalmente se completa la investigación con las discusiones, conclusiones y recomendaciones que permiten ofrecer aportes en el manejo de la depresión en adolescentes.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I

1. Depresión.

1.1. Antecedentes históricos y filosóficos de la depresión

“La depresión (del latín depressus, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se conoce. Inicialmente fue denominada melancolía (del griego antiguo μέλας "negro" y χολή "bilis"), sin embargo, no representan lo mismo.” Wikipedia enciclopedia libre, (s.f.) a.

El origen del término se encuentra en Hipócrates, pero es hasta el año 1725, cuando el británico Richard Blackmore denomina el cuadro con el término actual de depresión. Hipócrates señalaba no sólo el comportamiento sino la propia salud y enfermedad mediante el equilibrio de estos humores en el cuerpo. Para él, la crisis significaba el equilibrio entre ellos y llamaba crisis a la expulsión de los humores mediante procesos fisiológicos como el sudor, los vómitos, la expectoración, la orina, o las heces. El médico era el responsable de averiguar cuál era el momento crítico (aquel en el que se debía producir la expulsión de los malos humores) para facilitarlo mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos. Wikipedia enciclopedia libre, (s.f.) b.

En cuanto al origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina de y premere (empujar u oprimir hacia abajo). En 1808 Hacia el siglo XIX el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario. Wikipedia enciclopedia libre, (s.f.) c.

En la época del renacimiento tardío o el Barroco, se mostraron avances en relación con la melancolía, fue Robert Burton (1577-1640), quien dedicó casi toda una vida a redactar su Anatomía de la Melancolía publicada en 1621; siendo un largo ensayo médico y filosófico en el que resume todos los conocimientos habidos hasta esa fecha sobre el tema. Y en sus tres tomos, de la Anatomía de la Melancolía ofrece una concepción multifactorial de la depresión, según la cual la enfermedad no tiene una única causa, sino que puede tener varias: desde el amor a la religión, pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple aburrimiento. Que además puede localizarse, al modo clásico, en la cabeza, el cuerpo o los hipocondrios, y se acompaña en ocasiones de delirios o fantasías, de nuevo subrayando el miedo y la tristeza como síntomas principales. Y si varias pueden ser las causas, varios pueden ser los remedios, que van desde la música a la compañía. Wikipedia enciclopedia libre, (s.f.) d.

La rama de la psiquiatría moderna también tuvo sus aportes de la mano de Philippe Pinel, que llega a la medicina después de un intenso estudio de las matemáticas, lo que le

permite disponer de una óptica ligeramente diferente a la del resto de médicos de su época. Desde su punto de vista el origen de los trastornos anímicos está en la percepción y las sensaciones, inaugurando una época de causas morales. Sin atacar a esas causas no se puede tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto. A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión van adquiriendo mayor especificidad y claridad. Wikipedia enciclopedia libre, (s.f.) e.

Ya para las primeras décadas del siglo XX el concepto de depresión se va desglosando en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicósomático y la OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos. Wikipedia enciclopedia libre, (s.f.) f.

Hace cuatro décadas, Skinner (1953) postuló que la depresión era el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias establecidas de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como una reducción de la frecuencia de emisión de la conducta ha sido básica para todas las posiciones conductuales. (Caballo, 2002a, pp.493-494).

Completando esta formulación, Coyne (1976) afirmó que la depresión es una respuesta a las perturbaciones del contexto social del individuo. De forma específica, Coyne sugirió que la depresión se mantiene por medio de las respuestas negativas de otras personas significativas a la conducta sintomática del sujeto deprimido. Coyne mantenía que los individuos deprimidos crean un entorno social negativo haciendo que los demás se impliquen de tal manera que se pierde el apoyo o, al menos, éste es ambiguo. (Caballo, 2002b, p.495).

La constancia histórica de la descripción sintomatológica las causas y tratamiento sugeridos para la depresión se han ido modificando permanentemente, variando según las tendencias etiológicas y teóricas de cada época. (Smith, 2017a, p.7).

1.2 Definiciones sobre la depresión

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, que nos ofrece un panorama general de la evolución que ha tenido la depresión, podemos señalar algunas definiciones más recientes.

Iniciemos con lo que señala la O.M.S. como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa

o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Y que puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. (OMS, 2017a)

Otra definición, afirma que la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales por American Psychiatric Association, (DSM-5), 2016)

Por otro lado, la depresión puede ser un problema o un trastorno. “Como problema, la depresión es pasajera y no interfiere significativamente en la vida. Pero puede convertirse en un trastorno persistente que causa una angustia emocional significativa e impedimentos en el funcionamiento en los ámbitos familiar, educativo y vocacional”. (Lynn, 2009a, p.188).

La verdadera depresión es un estado de hundimiento terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares

de la vida. El sufrimiento de la depresión puede llegar a ser tan profundo que solo se vea como salida de ese túnel el suicidio. (Rojas, 2006a, p.29).

Entender que la depresión clínica no es simplemente una angustia, es también una tristeza que perdura en el tiempo, que nos puede llevar a sentimiento de inutilidad, desesperanza, a que nos demos por vencidos, alejarnos incluso de nuestra familia y amigos. Y sobre todo lo que yo considero más importante que es el perder el placer en la vida diaria. Todos estos síntomas por supuesto que va a reincidir en la productividad de una persona en el trabajo o estudios, familia y amigos. Y de agravarse puede generar condiciones médicas que incluso puede llevar al suicidio.

1.3 Diagnóstico de Depresión

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-5).

1.3.1. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)

Los denomina trastornos de humor (afectivo), “cuya alteración fundamental es un cambio en el humor o en la afectividad hacia la depresión (con o sin ansiedad asociada) o la euforia.” (Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [CIE-10], 2008, p.89)

De acuerdo con esta clasificación los Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10 son:

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome Somático.

Además, es importante señalar en el diagnóstico, como señala el manual, el nivel de intensidad de los síntomas.

- 1. Episodio depresivo leve:** Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

2. Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

3. Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

1.3.2 Clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-5)

La depresión mayor la clasifican dentro de los Trastornos del Ánimo y sus Criterios diagnósticos según DSM-5 son:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Cabe señalar que tanto en el CIE-10 como en el DSM-5, la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional en la persona. Por tal razón es importante señalar que el diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. Poder emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, y para completar la evaluación psicopatológica, es valioso además contar con la información aportada por los padres y entorno escolar.

1.4. Diagnóstico Diferencial

“El diagnóstico diferencial del episodio depresivo debe orientarse a constatar si la etiología es idiopática o puede estar relacionada con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o alguna medicación prescrita”. (Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el adulto, 2014a).

Existen enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva, como, por ejemplo: Endocrino/Metabólicas, Infecciosas, Neurológicas, Neoplasias entre otras, que es importante tener en cuenta su posible presencia con el fin de realizar las pruebas pertinentes que orienten a estas patologías. Además, existen drogas y fármacos que pueden causar sintomatología depresiva, por lo que también deberían tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial. (Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el adulto, 2014b).

Por otro lado, de acuerdo con el Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente la prevalencia de depresión en la infancia se sitúa en torno al 2% y, durante la adolescencia, aumenta progresivamente hasta alcanzar índices próximos a los de la vida adulta. La prevalencia de la depresión es mayor en población clínica que en población infantil general. El diagnóstico comórbido más frecuente es la ansiedad, aunque también son comunes los problemas externalizantes (conducta antisocial,

oposicionismo, hiperactividad, agresividad) y los relacionados con sustancias psicoactivas (alcohol y drogas). (Caballo y Simón, 2002a, p.18)

1.5. Modelo Teórico que explica la depresión.

El modelo multifactorial de Lewinson (1985) propone, que la ocurrencia de la depresión se considera como producto de factores tanto ambientales como disposicionales. Conceptualiza la depresión como resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Mientras que los factores situacionales son importantes como desencadenantes de la depresión, los factores cognitivos son esenciales como moderadores de los efectos del ambiente (Caballo, 2002c)

Además, se sugiere que los factores de vulnerabilidad podrían incluir ser mujer, tener historia de depresiones anteriores y poseer una baja autoestima. Por el contrario, podrían ser ejemplos de inmunidades, la elevada competencia social, la disponibilidad de una persona en quien confiar y habilidades de afrontamiento eficaces. Lewinson, 1985, (citado en Madrid 2004, p.26).

También coinciden en una parte con la afirmación de que la depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y mujeres de cualquier edad

y clase social, aunque las mujeres y las personas en ciertos periodos del ciclo de vital (adolescencia, menopausia y andropausia) y en los periodos de crisis o cambios importantes parecen ser las más afectadas. (Cantwell y Carlson, 1987a)

Lo que han indicado los autores anteriores, en cuanto a la prevalencia mayor en mujeres es reforzado por lo que señalan sobre los factores biológicos, de ciclo de vida y hormonales que solo tienen las mujeres y que pueden estar relacionados con la tasa de depresión más alta de estas. Las mujeres que están deprimidas suelen tener síntomas de tristeza, sufren de falta de autoestima y tienen sentimientos de culpabilidad. Mientras que los hombres con depresión son más propensos a sentirse muy cansados, irritables y, a veces, enojados. Pueden perder el interés en el trabajo o las actividades que antes disfrutaban, tener dificultad para dormir o comportarse de modo irresponsable, como consumiendo drogas o alcohol. Muchos hombres no reconocen que tienen depresión y no buscan ayuda. (Mental Health America, 2016)

Otros autores en esa búsqueda de respuesta a esta problemática han tomado como base explicativa el modelo de diátesis y estrés, en el que se plantea que los acontecimientos de la vida, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo están interrelacionados y se influyen de manera recíproca. Es decir, “las cogniciones, las conductas y los estados de ánimo tienen funciones de retroalimentación y de alimentación hacia adelante en un

complejo proceso de procesamiento de la información, de regulación conductual y de motivación.” Freeman y Oster, 2007(citado en Rubio, 2015a, p.57)

Comparto la idea de que la depresión es provocada por una combinación de factores, que pueden ser genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Las personas con historia familiar de depresión, así como las que sufren enfermedades severas como enfermedad del corazón o cáncer, corren el mayor riesgo de depresión. Asimismo, los cambios importantes en la vida, el trauma y el estrés también pueden resultar en un episodio de depresión, aunque algunos de éstos pueden producirse sin ninguna causa externa obvia.

1.6 Factores que pueden contribuir a la depresión

De acuerdo con Mental Health America (2020), podemos señalar aquellos factores que pueden favorecer la aparición de síntomas depresivos.

1. Sexo, las mujeres sufren dos veces más de depresión que los hombres. Aunque las razones no son claras, existen diferencias genéticas y hormonales que pueden contribuir a la depresión.

2. Antecedentes familiares, cuando algún miembro de su familia padece de depresión severa, hay el doble de posibilidades para adquirirla. Aunque puede ocurrir en personas que no tienen parientes con depresión.

3. Uso de ciertas medicinas, algunos medicamentos con o sin receta médica pueden causar depresión clínica.

4. Cambios o dificultades en la vida, tales como divorcio, jubilación, la muerte de un ser querido, pérdida del trabajo, cambio de país y estilo de vida, crecientes presiones en el trabajo o incremento en la pobreza.

5. Sentimientos de pérdida de control sobre nuestras vidas. Aquellas personas a menudo sienten que perdieron el control y pasan mucho tiempo lamentándose por ello, tienen mayor probabilidad de desarrollar una depresión mayor.

6. Presencia de otras enfermedades tales como Alzheimer, cáncer, diabetes, afecciones al corazón, desórdenes hormonales, mal de Parkinson o trombosis. Así como también otros trastornos mentales como la ansiedad y trastornos de la alimentación.

7. Abuso del alcohol o drogas, cuando se tiene problemas de consumo de alcohol y otras drogas se tiene mayor probabilidad de desarrollar una depresión mayor.

Por otro lado, las causas de la depresión pueden incluir: el enfrentar desilusiones o alguna pérdida significativa; y el exigir sin cesar que esa desilusión o pérdida no haya ocurrido. Incluye también el experimentar varios acontecimientos negativos (acontecimientos activadores desagradables); y el practicar pensamientos y conversaciones mentales irracionales. La depresión es también causada por una visión negativa de uno mismo, de los demás, del mundo y el futuro. Beck y Rush, 1995(citado en Lynn, 2009 b, p.189).

1.7. Datos estadísticos de la depresión en Panamá

Es importante señalar que el 7 de abril de 2017, día en el que se conmemora el día mundial de la salud, tuve la oportunidad de ser invitada a un simposio organizado por el Ministerio de Salud, O.P.S. y la O.M. S., celebrado en el auditorio de la Universidad Latina de Panamá, en la que a nivel mundial se escogió como tema la Depresión.

De acuerdo con los datos del Institute for health Metrics and Evaluation y la base de datos del Ministerio de Salud señalan que en 2015:

1. La depresión fue la segunda causa de años de vida ajustados por la discapacidad para las mujeres de entre 15 a 49 años y la quinta para los hombres en ese grupo de edad.

2. De los 3,772 casos de depresión diagnosticados, 2918 fueron en mujeres y 854 en hombres, es decir, de cada 10 diagnósticos, 8 fueron mujeres.
3. En el grupo etario de 35 a 49 años se registró el mayor número de diagnóstico de depresión, 914 mujeres y 186 hombres (Gráfico 1). La tasa más elevada de morbilidad por trastorno depresivo, se observan en la provincia de Los Santos (Gráfico 2).
4. Se registraron 205 casos de lesiones autoinflingidas (intentos de suicidio), 123 mujeres y 82 en hombres.
5. Los intentos suicidas son más frecuentes en los grupos etarios de 15 a 19 años (afectándose más las mujeres) y el de 25 a 34 años (Gráfico 3).
6. La región de salud de Los Santos presenta las tasas más altas de lesión autoinflingida a nivel nacional, seguido de Herrera y Veraguas. (Gráfico 4).
7. Se registraron 110 casos de suicidios a nivel nacional, 91 de ellos del sexo masculino y 19 de ellos femenino.
8. La tendencia de tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 10 años muestra una disminución para los hombres y en menor medida para las mujeres (Gráfico5)
No obstante, por tratarse de una causa de mortalidad evitable, es preciso establecer estrategias para su abordaje.

1.7.1 Cuadros Estadísticos de Trastornos Depresivos en el País de Panamá de acuerdo con Datos del Ministerio de Salud 2015.

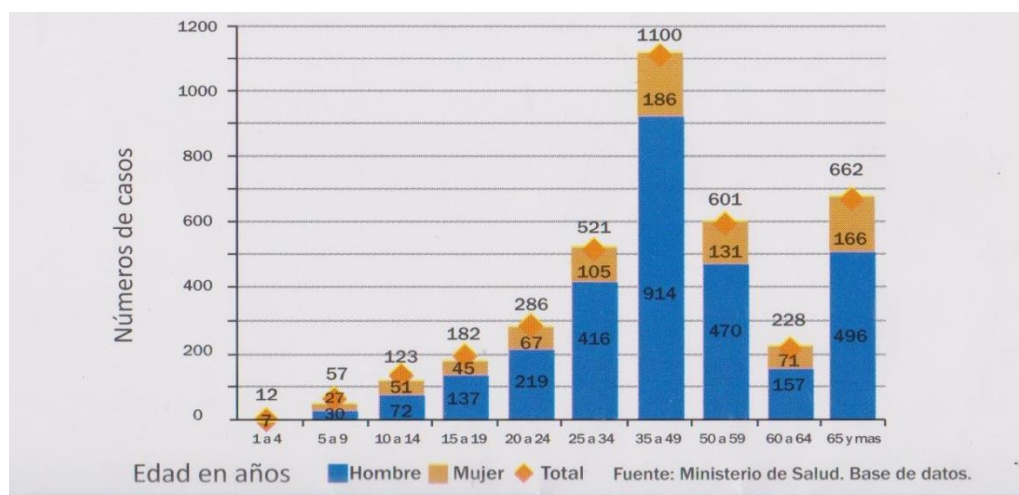


Fig. 1. CASOS REGISTRADOS DE TRASTORNOS DEPRESIVO, POR SEXO, SEGÚN EDAD. PANAMÁ 2015.

Se observan en términos generales que para el año 2015, existen mayores casos de Trastornos depresivos en pacientes del sexo femenino, tendencia que se repite en cada uno de los grupos etarios. Observándose mayor incidencia en el grupo etario que va de 35 a 49 años, tanto en hombre como mujeres.

Ahora veamos en la siguiente figura, como se manifiesta el trastorno depresivo en todo el territorio nacional según el sexo.

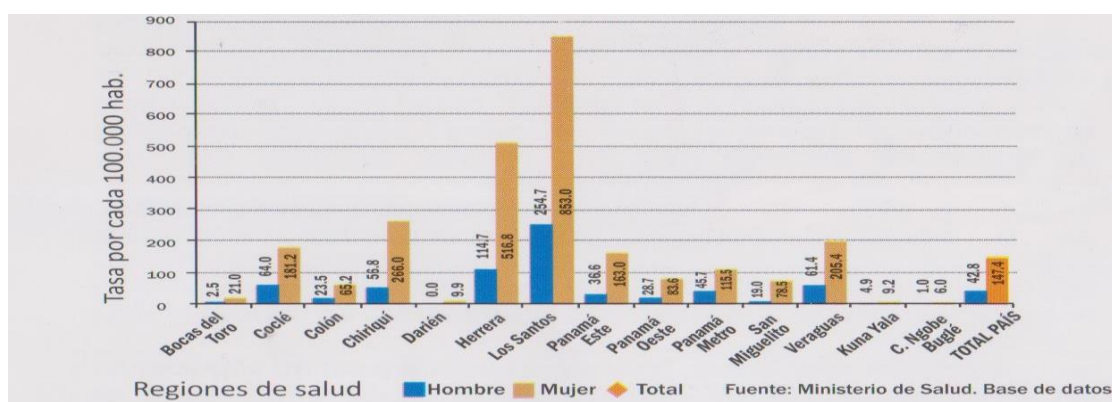


FIG. 2. TASA DE MORBILIDAD MÉDICA DE SALUD MENTAL POR TRASTORNO DEPRESIVO SEGÚN EL SEXO, PANAMÁ, 2015.

Se puede observar que la tasa más elevada de morbilidad por trastorno depresivo, por sexo, se observa en mujeres de la provincia de Los Santos.

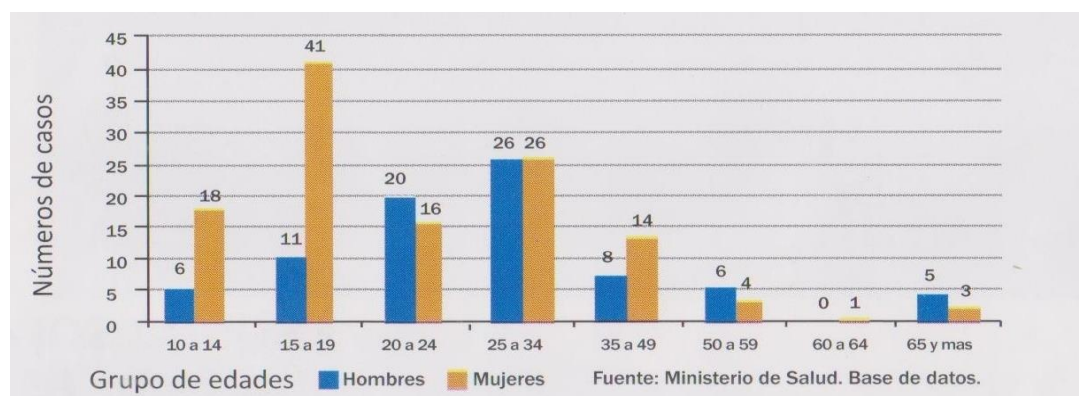


Fig. 3. NÚMERO DE CASOS REGISTRADOS POR INTENTOS DE SUICIDIOS, POR SEXO SEGÚN EDAD. PANAMÁ 2015.

Se observa que los intentos suicidas son más frecuentes en los grupos etarios que van de 15 a 19 años (afectándose más a las mujeres) y el de 25 a 34. Pero en este último grupo etario la cantidad de casos fueron iguales para hombres y mujeres.

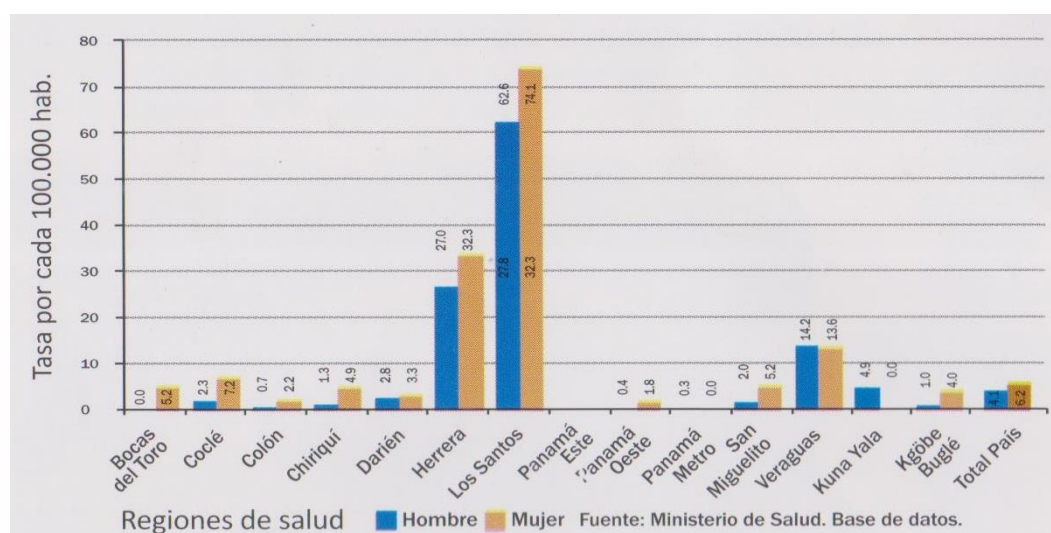


Fig. 4. MORBILIDAD MÉDICA DE HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR SEXO., SEGÚN REGION DE SALUD. PANAMÁ 2015.

Se observa que la región de salud de Los Santos presenta las tasas más altas de lesión autoinflingida a nivel nacional, seguido de Herrera y Veraguas. Es importante señalar que me llama la atención que también en la población de hombres, Los Santos también presenta el porcentaje más elevado que en comparación con el resto de las provincias y comarcas.

De hecho, como dato curioso, uno de los centros de salud que históricamente tiene demanda en salud mental es el que se conoce como Hospital Anita Moreno, localizado en el corregimiento de La Villa, distrito de Los Santos y que cuenta con una unidad especializada en atención psiquiátrica.

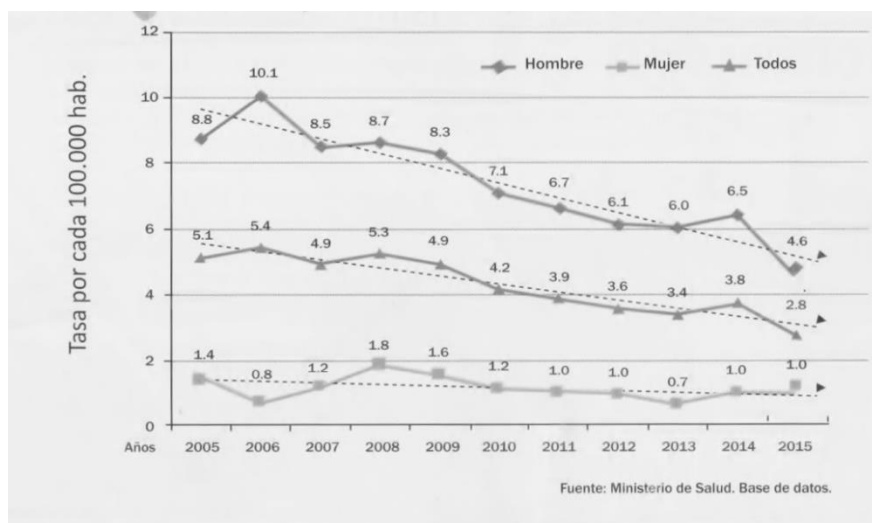


Fig. 5. MORBILIDAD POR SUICIDIOS. PANAMA 2005-2015.

Como se puede observar la mortalidad por suicidio en el país ha mostrado un descenso en los últimos 10 años. Se considera que este descenso se debe a la reducción de la tasa de hombres, mientras que el de las mujeres prácticamente ha permanecido invariable.

2. Adolescencia

2.1 Definiciones

La palabra adolescencia proviene del verbo en latín *adolescere*, que significa “crecer” o “crecer hacia la madurez”. La adolescencia es un periodo de crecimiento entre la niñez y la edad adulta. La transición entre una etapa a otra es gradual e indeterminada, y no se conoce la misma duración para todas las personas, pero la mayoría de los adolescentes, con el tiempo, llegan a ser adultos maduros. En este sentido, la adolescencia es como un puente entre la niñez y la edad adulta sobre la cual los individuos deben pasar antes de realizarse como adultos maduros, responsables y creativos. Además, señala que, en la adolescencia, ocurre un proceso de adaptación, que es más complejo que el simple nivel biológico, ya que los niveles cognitivo, conductual, social, cultural y espiritual, cobran también relevancia. Por ser un momento de recapitulación del pasado y de preparación para determinados temas vitales como son la identidad personal, el grupo de amigos, los valores, la sexualidad, la experimentación de nuevos roles, entre otras. (Rice, 2001a).

También se define la adolescencia como la edad de vida que se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo pleno del adulto. (Diccionario Enciclopédico Ilustrado Parramón, 1992, p.29)

Otra definición señala a la adolescencia, como un periodo de transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales. Que abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en

el cual él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social. (Papalia, 2005a, p.427.)

Es importante considerar que la adolescencia es un periodo de vida, en la que se experimentan los cambios físicos, psicológicos y sociales y que tienen como finalidad la adaptación posterior a roles adultos. Pero que estos cambios traen consigo también conflictos internos, sobre todo por la importancia que le brindan a su aspecto físico, que está relacionado con la autoestima. Además, trae conflictos externos, principalmente con las figuras de autoridad, donde ya dejan de ver a los padres como superhéroes en su niñez, para dar paso a un pensamiento más crítico, donde se dan cuenta que cometen errores y que no poseen la verdad absoluta. Esto puede provocar que se den conflictos y de no ser bien manejado deteriore la relación.

2.2 Etapas de la Adolescencia

Los cambios físicos y la evolución psicológica y emocional son algunos de los aspectos que deben enfrentar los adolescentes, y de acuerdo con investigaciones sobre la adolescencia y sus cambios en el ámbito psicológico se pueden clasificar de la siguiente manera:

2.2.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Inicia en la pubertad, se presentan los primeros cambios físicos y tiende a focalizar en ellos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto. Se enfrenta a los cambios propios de la pubertad, se debe adaptar a las presiones sexuales propias de la elevación de las hormonas sexuales. Además, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio. Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001 (citado en Sánchez, 2004a, p.21).

2.2.2 Adolescencia Intermedia (14 a 16 años)

Es el periodo de rápido conocimiento cognitivo, cuando emergen pensamientos operacionales formales, los adolescentes comienzan a entender conceptos abstractos y pueden cuestionar los juicios de los adultos. Es a partir de este momento, que los varones

se identifican con los modelos masculinos y las femeninas muestran interés por los varones. Se da un tipo peculiar de egocentrismo que es producido por la interacción entre la capacidad de tener en cuenta sus propios pensamientos y la preocupación de los cambios que están ocurriendo.

Al comienzo de esta fase, el adolescente ha finalizado por completo su maduración sexual, sus órganos están prácticamente desarrollados y han adquirido un 95% de su estatura.

En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno. Craig et al., (citado en Sánchez, 2004b, p.21).

2.2.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Es la tercera y última de las etapas, donde se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza

a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. En cuanto a los cambios psicológicos, en esta etapa termina de desarrollarse la conciencia social y se empieza a pensar en situaciones y procesos que no están limitados a lo que se pueda ver, oír y tocar en el entorno inmediato.

Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas. Craig et al., (citado en Sánchez, 2004c, p.22).

2.3 Cambios Durante la Adolescencia

2.3.1 Desarrollo Físico

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia temprana o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un autoconcepto negativo de sí mismos, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de

tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico. Craig et al., (citado en Sánchez, 2004d, p.23).

2.3.2 Desarrollo Psicológico

Los cambios físicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica intelectualmente. Craig et al., (citado en Sánchez, 2004e, 24).

2.3.3 Desarrollo Emocional

Durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La

solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés. (Robles, 2002, p.47)

2.3.4 Desarrollo Social

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se denomina socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia. El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes. (Rice, 2001b).

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.

5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que él adolescente presente, ya que, si el menor cuenta con una buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas. (Rice, 2001c)

En relación de pertenecer a un grupo social, se convierte en un aspecto de mucha importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes. Pero esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de un grupo al que admiran y desean pertenecer. Como consecuencia, este grupo les puede proporcionar

ayuda para establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un autoconcepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante.

2.4 Adolescencia y Depresión

2.4.1 Prevalencia

La sociedad está en continuo cambio, por lo que los adolescentes se enfrentan a un mundo distinto del que sus padres conocieron a su edad. Por este motivo puede resultar difícil, a veces, comprender por qué los jóvenes de hoy actúan o piensan de un modo determinado.

La depresión es un estado que aparece con cierta frecuencia en el periodo de la adolescencia. Las tensiones de los cambios producen un desconcierto que a determinados jóvenes les induce a creer que no son capaces de responder a lo que se espera de ellos. Esto genera una conducta apática y melancólica que en muchos casos resulta difícil de distinguir del comportamiento. (Gispert, 1999a, p.352)

Es decir que la depresión puede cambiar la forma como los adolescentes se ven a sí mismos y a sus vidas, así como las personas en torno a ellos. Y los lleva a experimentar vulnerabilidad y a no sentirse capaces de enfrentar los cambios y retos que tengan por delante. Además, hay muchas presiones sociales y del medio a cumplir con estándares específicos.

Se presenta entre el 5 y 8 % de la población, pero en comorbilidad con otras enfermedades médicas y psiquiátricas puede alcanzar entre el 25 y 30 %. En la actualidad esta enfermedad ocupa el cuarto lugar de las enfermedades discapacitantes y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo. Es la primera causa de discapacidad en los trastornos mentales. (Zarragoitía, 2011a, p. 12).

Los jóvenes son uno de los grupos etáreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. (Blum, 2000a).

Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historias de

depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta.

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad. Siendo el síntoma característico de la depresión en la adolescencia, el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. (Bernad, 2000a).

Por otro lado, los niños y los adolescentes presentan muchos de los mismos síntomas de depresión que los adultos. Sin embargo, los niños y adolescentes con más frecuencia muestran irritabilidad e ira cuando están deprimidos. Los adolescentes del sexo femenino presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los adolescentes del sexo masculino. Un antecedente de depresión en la familia también pone a los adolescentes en mayor riesgo. (Lynn, 2009c, p.190).

La prevalencia de la depresión puede aumentar durante la adolescencia y alcanza su nivel más alto en la adultez temprana. Es posible que los casos en que no se diagnostican, ni tratan síntomas depresivos en la adolescencia tengan una mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un mayor índice de depresión, funcionamiento psicológico y abuso de sustancias.

2.4.2 Signos de depresión en la Adolescencia

La apatía de un adolescente enfermo (por que la depresión es sin duda una enfermedad) se confunde en ocasiones con la pereza. A continuación, se indican algunos aspectos que permiten a los adultos detectar signos de depresión en un hijo. (Gispert, 1999b, p.355)

1. Una actitud de infelicidad y desánimo, que se manifiesta de una forma más persistente que las horas bajas que todos sufrimos en alguna ocasión.
2. Un cambio notable en los hábitos de comida y sueño
3. Un sentimiento de desamparo, desesperanza y disgusto ante sí mismo.
4. Una incapacidad manifiesta para concentrarse, interesarse o dedicarse a algo.
5. Cualquier actividad, incluso hablar, comer y vestirse, es considerada como un esfuerzo
6. Adopta con frecuencia conductas irritables y agresivas
7. Manifiesta un cambio brusco en el rendimiento escolar.
8. Le cuesta concentrarse y cambia con frecuencia de actividad e intereses.
9. Asume algunos riesgos peligrosos, por ejemplo, conducción temeraria, acciones delictivas, consumo de drogas: alcohol, marihuana, entre otras.
10. Abandona y olvida a los amigos.

Todos estos signos de depresión pueden enmascarse tras los comportamientos adolescentes que suelen considerarse propios de esta edad, lo que hace que a veces se

detecten con dificultad. Por eso es importante considerar preguntas que ayudan a considerar la conveniencia de consejo profesional, si las respuestas son afirmativas en la mayoría de los casos. (Gispert, 1999c, p.356).

¿Presenta el adolescente varios de los síntomas enumerados anteriormente?

¿Aparecen con frecuencia estos síntomas?

¿Persisten durante largo tiempo?

¿Parece claro que estos síntomas hacen sufrir al adolescente?

Es importante que el terapeuta tenga un buen manejo de preguntas y se formulen de manera natural, ya que ayuda a determinar los criterios y mantener el rapport.

2.4.3. Factores de riesgo en adolescentes

Hay múltiples factores determinantes de la salud mental del adolescente en cualquier momento. Cuantos más sean los factores de riesgo a los que estén expuestos los adolescentes, mayor serán las posibles repercusiones en su salud mental. (Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U., 2013)

Los siguientes eventos o situaciones pueden causar depresión en el adolescente:

1. Agresión o acoso en la escuela o en otra parte.
2. Abuso o maltrato infantil, tanto físico como sexual.
3. Falta de destrezas sociales.
4. Dificultades de aprendizaje.

5. Enfermedad crónica.
6. Crianza o cuidados deficientes.
7. Acontecimientos estresantes de la vida, como la pérdida de uno de los padres por muerte o por divorcio.

Por otro lado, en un estudio que realizó un grupo de investigación del Departamento de Psicología y Neurociencia de la Universidad de Duke, donde los investigadores contaban con datos previos de estudios clínicos, que habían mostrado que un alto grado de metilación del gen SLC6A4 (que origina a la proteína transportadora de serotonina) estaba relacionado con algunas enfermedades mentales. Pacientes que habían sufrido abuso infantil o tenían un muy bajo estatus socioeconómico mostraban un mayor número de sitios de metilación en este gen y, a su vez, presentaban síntomas depresivos. La serotonina es un neurotransmisor que se encuentra en varias regiones del cerebro y que tiene mucho que ver con el estado de bienestar. Por eso la inactivación de este gen está relacionada con la depresión. (Pandolfi, 2016a)

Los investigadores estudiaron durante tres años a un grupo de 132 adolescentes caucásicos que tenían entre 11 y 15 años al inicio del estudio. El trabajo demostró que el bajo nivel socioeconómico se relaciona con un mayor grado de metilación en el gen SLC6A4 y con cambios en el funcionamiento del cerebro. (Pandolfi, 2016b)

2.4.4 Algunos efectos que puede producir la depresión en la adolescencia, con relación al ambiente escolar.

La adolescencia es un periodo de la vida fundamental, donde se puede desarrollar y mantener hábitos sociales y emocionales, que generen un bienestar mental, tales como adoptar hábitos de sueño saludables; hacer ejercicio regularmente; desarrollar habilidades para las relaciones con los demás y para hacer frente y resolver problema, y aprender a gestionar las emociones. Los ambientes principales e importantes son en la familia, la escuela y la comunidad en general. (O.P.S., 2018)

Por eso uno de los escenarios donde se puede reflejar los efectos de la depresión en la adolescencia, es el ambiente escolar, mostrando las siguientes características. (RPP Noticias, 2014).

1. Tendencia a llegar tarde al colegio porque se queda dormido.
2. Mal genio, conducta rabiosa, se vuelve peleón con otros chicos.
3. Cambios de humor, facilidad para el llanto, sensibilidad,
4. Náuseas y dolores de estómago cuando está en el colegio.
5. Incapacidad para memorizar bien las lecciones
6. Rendimiento escolar deficiente; baja en las calificaciones.
7. Pérdida de amigos
8. Tendencia a encerrarse en su cuarto.

Teniendo en cuenta estas características que se han señalado, son lo opuesto a lo que se espera que logre el adolescente en cuanto a consolidar un bienestar y equilibrio en su salud mental. Se ven deterioradas sus habilidades sociales, control de emociones y del propio autoconcepto.

2.4.5 Tratamientos para la depresión en niños y adolescentes

La depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero a menudo comienza en la adolescencia o al comienzo de la adultez. Por tal razón es importante conocer los tratamientos que pueden ayudar a manejarla. Entre los que señalamos los principales:

1. Tratamientos Psicológicos: entre los que podemos señalar, la T.C.C, que ha sido escogida para esta investigación y que más adelante será ampliamente explicada. Permite ayudar a identificar y cambiar los pensamientos negativos e inútiles. También ayuda a desarrollar habilidades para enfrentar los problemas y cambiar patrones de comportamiento.

Tenemos además la Terapia Interpersonal, que se enfoca en mejorar las relaciones y ayuda a comprender y trabajar las relaciones problemáticas que pueden contribuir a la depresión.

El Programa Emoción-Actividad-Cognición (PEAC), es un tratamiento integrado para la depresión infantil y adolescente. Dirigido a la generalización y mantenimiento de los

logros terapéuticos: tareas para casa, solución de problemas, entrenamiento en autocontrol.

Las ampliaciones del curso de afrontamiento de la depresión en adolescentes (CAD-A), que se fundamenta en la premisa de que enseñar a los adolescentes nuevas estrategias y habilidades de afrontamiento que les permitirá contrarrestar los factores supuestamente causales que contribuyen a su episodio depresivo y afrontar con más eficacia los problemas planteados por su ambiente. El tratamiento tiene como objetivo ayudar a los adolescentes a superar su depresión y permitir que se enfrenten con eficacia a los futuros casos de supuestos factores de riesgo. Peter M. Lewinsohn, Ian H. Gotlib y Martin Hautzinger (citado en Caballo, 1997a, p.521)

2. Tratamientos Biológicos: desde el punto de vista farmacológico, los inhibidores efectivos de la recaptura de serotonina son los antidepresivos de elección para esta población de jóvenes. Es recomendable iniciar con dosis bajas de cualquier antidepresivo, para observar la tolerancia medicamentosa y así obtener una adecuada adherencia por parte del paciente. (Academia Nacional de Medicina México, 2016b, párr.11).

Pero de acuerdo con el Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente señalan que los psicofármacos son menos eficaces y producen más efectos secundarios en los niños. (Caballo y Simón, 2002b, p.20).

Sin embargo, puede ser más efectivo si se ve al paciente de manera integral, sin demeritar uno del otro, tanto el tratamiento psicológico como el biológico, son importantes y si se complementan es mejor. Sabemos que en la depresión hay un desbalance neuroquímico y los medicamentos permiten estabilizar sobre todo en aquellos casos más graves. Y el tratamiento psicológico considero que es clave tenerlo en cuenta sobre todo si se está iniciando con los síntomas.

2.4.6 Investigaciones sobre la depresión en adolescentes de Panamá:

De acuerdo con el artículo publicado por el diario la Prensa, el 15 de septiembre de 2013, sobre Salud Mental en Adolescentes, las estadísticas del Ministerio de Salud (Minsa), registra 197 casos de episodios de depresión no especificados, entre leves y graves sin síntomas psicóticos. (Anónimo, 2013a).

El jefe del departamento de Psiquiatría del hospital Santo Tomás, el Dr. Marcel Penna Franco (2013) “Señala que las causas van desde el punto de vista genético, que son factores inmodificables y de tipo ambiental que pueden tener el desarrollo inicial en la familia, Es decir, depende de cómo está la familia conformada y cómo se convierte o no en un clan óptimo para el desarrollo de sus miembros más jóvenes”. Principalmente indican que aparecen casos cuando se da la separación de los padres y en las familias monoparentales (donde la madre es muchas veces la que siempre se queda con los hijos).

Y que los detonantes o causas de estos problemas son de carácter múltiple, desde la forma como aprendieron a manejar las situaciones a través de la crianza hasta la influencia de los factores sociales, económicos y culturales. (Anónimo, 2013b).

Por su parte la psiquiatra Juana Herrera (2013) advierte de que “los síntomas varían de acuerdo con el paciente, y muchas veces pueden confundirse con la clásica rebeldía de los adolescentes”. También señala Santamaría (2013) que “las motivaciones para los intentos suicidas pueden estar ligadas a problemas en las relaciones familiares. Mientras que, en las consultas externas, la demanda está asociada más al tema de conducta del joven caracterizado por agresividad y fuga de la casa y de la escuela y conductas retadoras.” (Anónimo, 2013c).

Añade la enfermera Bradshaw, (2017) que uno de los aspectos importantes para tener en cuenta como señal puede ser el aislamiento y si el chico no está durmiendo el tiempo adecuado, están agotados más de la cuenta y con ojeras. Es importante que los padres no pierdan la sensibilidad y puedan notar estos cambios y acto seguido preocuparse en saber qué está pasando.

En otro artículo publicado sobre Epidemia de Depresión en Jóvenes Panameños, se indica que unos 765 adolescentes han pensado o planeado hacerse daño físico cuando

están deprimidos. Las féminas encabezan esta lista con 28.5%; mientras que la prevalencia de esta tendencia los varones son de 13.3%. (Zeballos, 2016a)

En el estudio sobre la prevalencia de la depresión y tipos de maltratos en estudiantes de 8° de 46 escuelas públicas del país, que realizó el Instituto Conmemorativo Gorgas y el Ministerio de Salud (MINSa) identificó, que unos 765 alumnos de 3 mil 619 pensaron en quitarse la vida y donde uno de cada 10 estudiantes (421) manifestaron sentirse deprimidos. Los más afectados son los estudiantes de 17 años y más, seguidos de los jóvenes de 14 y 16 años. (Zeballos, 2016b)

De acuerdo con otra publicación, esta vez del diario La Estrella de Panamá, realizada el 6 de mayo de 2019, señala que los trastornos mentales más comunes que afectan a la población panameña se encuentra la depresión, la cual comúnmente pueden desencadenarse en una conducta suicida. Siendo la población joven la que mayor riesgo tiene y está entre los 18 y 30 años. (Castillero, 2019a).

En Panamá, según datos del Ministerio de Salud (MINSa), la tasa de prevalencia de suicidio en Panamá es de alrededor del 3.5% por cada 100 mil habitantes y que la Región de Azuero tiene la tasa más alta de suicidios, en particular la provincia de Los Santos, que es la más alta.

Cada año se suicidan cerca de 800 mil personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (O.M.S., 2019b).

En base a todos estos estudios y publicaciones no queda duda que la depresión en nuestro país no solo afecta silenciosamente a la población adulta, pues cobra mayor riesgo en los adolescentes que no escapan de esta enfermedad. Además de ser una población vulnerable que lucha con los constantes cambios físicos, psicológicos y sociales a los que se tienen que enfrentar.

El tema del suicidio es una problemática de salud pública y debe ser prioridad de cada una de las naciones a nivel mundial, en la cual cada ente especializado debe contemplar un adecuado abordaje multisensorial, que permita una mayor captación y atención oportuna de los casos, principalmente en los adolescentes, en nuestro país, que además parece afectar más a los jóvenes del sexo femenino, que quizás también se atreven más a expresar lo que sienten y por eso han sido escogidas como las protagonistas principales de esta investigación.

3. Fundamentos de la Terapia Cognitivo-Conductual

3.1 Antecedentes Históricos

De acuerdo con los planteamientos de perspectivas que conforman a la Terapia Cognitiva Conductual (T.C.C.) provienen de la filosofía estoica (350 a.C al 180 d.C). La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida, a través del ejercicio de la virtud. Esta última era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas en la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón). Quizás fue Epicteto quién más desarrolló la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se podían dominar. En su obra "Enchiridion" afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos. En esta frase se pone de manifiesto uno de los preceptos básicos de la T.C.C., lo importante no es lo que pasó, sino la significación que se le da a eso que pasó, el sentido o la atribución de significación, en síntesis, la construcción particular de la realidad. (Ruiz y Cano, 2002a, p.86)

Por su parte el conductismo fue el paradigma imperante, desde principios del siglo XX hasta la década del 40, sobre todo en el campo de la psicología académica experimental y el psicoanálisis ejercía su fuerte influencia en la práctica clínica.

Algunos autores que provenían del conductismo y viendo las limitaciones de este comenzaron a incorporar y ampliar sus concepciones, entre ellos los más destacados fueron Bandura (1969), Meichenbaum (1969) y Lazarus (1971). Es por eso que a veces se habla de la Terapia Cognitivo Conductual, para mostrar este carácter integrador de dos modelos que en aquel entonces comenzaban a confluir. El aporte fundamental de estos autores fue la inclusión del determinismo bidireccional entre el individuo y el medio y en el aspecto práctico la inclusión de probadas técnicas de intervención clínica, tales como la desensibilización sistemática. (Camacho, 2003a).

En la Nueva Ciencia de la Mente, las ideas estrictas de los conductistas y las conjeturas desenfundadas de los freudianos, era difícil entrar de una manera científicamente respetable en el territorio de los procesos del pensamiento humano. Sin embargo, las nuevas tecnologías, así como las limitantes que se tenían de los modelos psicoanalíticos y conductistas, dieron paso a que la psicología cognitiva también redefiniera sus preceptos, teniendo un cambio también acerca de la concepción del ser humano y sus procesos mentales. (Gardner, 1996a, p. 28).

Y así surgieron ideas sobre la concepción del ser humano, ya no solo centrándose en la conducta sino también en las cogniciones, entendidas estas como el resultado de procesos internos que a su vez son mediados por el lenguaje, los instrumentos y el desarrollo histórico-cultural del sujeto que a su paso desencadena en el estudio de procesos

olvidados, no tomados en cuenta o que no creían importantes como lo es el pensamiento, la conciencia y la inteligencia.

La T.C.C. destaca el lado subjetivo de la realidad y el papel estrecho que los pensamientos juegan en el individuo, elementos centrales que serán retomados y desarrollados para modificar los pensamientos que causen problemas en la persona y las conductas que se vean alteradas por tales motivos. Esto es retomado por separado por las entonces corrientes psicológicas imperantes como el Cognitivismo que surgió fundamentalmente como una reacción a los modelos y desarrollos conductuales, ya que para estos últimos, la persona respondía sólo a partir de condicionamientos o aprendizajes ambientales, para la Cognitiva no sólo importará el estímulo, sino principalmente la particular configuración que la persona haga de esos estímulos, lo que se dio en llamar el Paradigma del Procesamiento de la Información. (Camacho, 2003b).

A mediados de los 50 la revolución cognitiva y de otras corrientes dan a la formación de nuevas posturas, una de ellas producto de autores que logran combinar de manera más concertada y dinámica un modelo terapéutico más elaborado y con mayor rango de eficacia dado sus premisas irrefutables hasta la fecha, el modelo Cognitivo-Conductual. (Yapko, 2006a).

Es importante señalar que: “los principales exponentes de la T.C.C., originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Albert Ellis (1962) y Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón la Psicoterapia Cognitiva Conductual puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica. Es decir que la terapia cognitiva surgió desde dos sectores, por un lado autores que venían del Psicoanálisis y por otro representantes del sector conductista, pero más allá de estas dos corrientes, se destaca Kelly (1955), como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo Weishaar y Beck, (citado en Camacho, 2003c).

Es decir que los pioneros en sentar las bases del enfoque cognitivo, que responde de forma sistemática para el tratamiento de los trastornos psicológicos fueron los psicólogos Albert Ellis y Aaron Beck. El primero que llamó a su modelo de aplicación terapéutica “Terapia Racional Emotiva Conductual” (TREC) y el segundo llamó a su método de terapia “Terapia Cognitiva”.

De esta manera la T.C.C. empieza a tener auge hasta nuestros días en cuanto a terapias psicológicas se trata, no solo por sus avances conceptuales que redefinen a la cognición y el estudio de las problemáticas psicológicas. Sino es, quizás, el tipo de intervención

psicológica que más aplicaciones tiene hoy en día en numerosos trastornos que se están tratando actualmente con esta clase de terapia y el campo de aplicación se va ampliando progresivamente conforme aparecen nuevas investigaciones.

3.2 Principales aspectos de la Terapia Cognitiva por Aaron Beck

3.2.1 Definición

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Por ejemplo, si una persona interpreta todas sus experiencias en términos de si es competente y está capacitada, su pensamiento puede verse dominado por el esquema, “Si no lo hago todo a la perfección, significa que soy un fracaso”. Consecuentemente, esta persona responderá a las situaciones en términos de adecuación, incluso aunque las situaciones no tengan nada que ver con la dimensión de competencia personal. (Beck et al., 1976a, p. 13).

Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva. Luego, aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. Por ejemplo, se discute la tendencia de los depresivos a sentirse responsables de los resultados negativos, en tanto que sistemáticamente se niegan a asumir sus propios éxitos. La terapia se centra en “síntomas objetivo” específicos (por ejemplo, los impulsos suicidas). Se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas (por ejemplo, “Mi vida es completamente inútil, carece de valor, y yo no puedo cambiarla”) y se someten a una investigación lógica y empírica. (Beck et al., 1976b, p. 14).

La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes: en la estructura formal de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra. “Empirismo colaborativo”: En contraste con las terapias tradicionales, como la terapia psicoanalítica o la terapia centrada en el cliente, el terapeuta que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactúa intencionadamente con el paciente. El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente. Dado que el paciente depresivo suele estar, al principio, confundido, preocupado o distraído, el terapeuta le ayuda a organizar su

pensamiento y su conducta con el fin de ayudarlo a hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana. A pesar de que la colaboración del paciente en la formulación del plan de tratamiento puede verse seriamente limitada o impedida por los síntomas que presenta en esta fase, el terapeuta necesita valerse de una cierta inventiva para estimular al paciente a participar activamente en las distintas operaciones terapéuticas. (Beck et al., 1976c, p. 14).

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se encuentran los siguientes:

1. La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
4. Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.

6. Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.

7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

De manera comparativa, la terapia cognitiva, difiere de la terapia psicoanalítica, en el aspecto que se centra en problemas del “aquí y ahora” y presta escasa atención a la época de la infancia, al menos que sea necesaria para clarificar algunos hechos actuales. Su objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del cliente durante la sesión terapéutica. Donde el terapeuta cognitivo tiene un nivel de participación activo y colaborativo con el cliente para facilitar la exploración de las experiencias psicológicas de éste, y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa. Además de reconocer el énfasis que hace en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del cliente.

3.2.2 Componentes principales del modelo terapéutico

La explicación cognitiva de la depresión, hoy ampliamente aceptada, ha sido introducida y desarrollada principalmente por Beck (1967, 1970, 1973). En ella observa una cierta percepción y una expectativa negativa acerca de los sucesos del mundo la cual está fijada y bloqueada en la persona deprimida. En el modelo de Beck, tres clases de

elementos dan razón del entero proceso: los patrones cognitivos, la organización estructural cognitiva en esquemas y los errores de procesamiento de información en la persona deprimida. (Fierro, 1988a, p.35)

1. La triada cognitiva: está definida por tres patrones cognitivos que hacen que un individuo interprete sus experiencias y su futuro de manera particular y que no necesariamente coinciden con la explicación lógica o real.

Para el primero de los elementos acuña Beck el concepto de la triada cognitiva, una familia de tres patrones cognitivos característicos del sujeto deprimido: la visión negativa acerca de sí mismo, su autocensura y autocrítica, la pobre valoración de las propias cualidades; la tendencia a interpretar las experiencias vividas de manera negativa, percibiendo al mundo como exigente, riguroso, lleno de obstáculos insuperables y frustrante; la perspectiva derrotista acerca del futuro, anticipando dificultades y sufrimientos que suponen continuaran indefinidamente. (Fierro, 1988b, p.35)

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. (Beck et al., 1976d, p. 20).

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. (Beck et al., 1976e, p. 20).

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos, dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una inhibición psicomotriz. (Beck et al., 1976f, p. 21).

2. Los esquemas cognitivos: este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir, que incluso van en contra de la evidencia objetiva de los factores positivos en su vida. En la teoría de Beck, los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación

de la información existentes en las estructuras cognitivas (esquemas). Por tanto, se incluyen entre los procesos cognitivos: la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. En el procesamiento de la información pueden producirse errores en cualquiera de sus fases que tienen como consecuencia una alteración o distorsión en la valoración e interpretación de los hechos, lo que el Beck llama “distorsiones cognitivas”. García (s.f.a), párr.12.

Los esquemas son activados ante determinados estímulos y situaciones, que a su vez posibilitan que el individuo emita ciertos repertorios conductuales. Existen diferentes tipos de esquemas, éstos se irán activando de acuerdo con el estímulo al que se deba enfrentar el individuo y su similitud con el que facilitó la formación de dicho esquema. Freeman y Oster, 2007 (citado en Rubio, 2015b, p.59)

En el caso de la persona depresiva, la rigidez del esquema estará relacionada con la cronicidad de depresión. Es decir, un individuo con una depresión leve puede llegar a identificar lo erróneo de su procesamiento, mientras que en la depresión más crónica el sujeto puede estar totalmente inmerso en su estilo de procesamiento. Beck y Cols, 2010 (citado en Rubio, 2015c, p.59)

3. Errores en el procesamiento de la información: el tercer elemento del modelo cognitivo de Beck está conformado por una serie de “errores sistemáticos” en el procesamiento de la información que hacen que el individuo valide sus creencias y

conceptos negativos a pesar de que el ambiente evidencie lo contrario. Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Beck, 1967(citado en Beck et al., 1976g, pp. 22-23).

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

3.2.3 Enfoque de la depresión de acuerdo con este modelo

Para Beck, los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas (errores en los procesos cognitivos), que son maneras equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos (productos cognitivos) ante determinadas situaciones, y que provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas. Por tanto, estas distorsiones cognitivas son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado, que condicionan inconscientemente la percepción e interpretación del pasado, presente y futuro. García (s.f.b), párr.21

Para el caso específico de la depresión, autores plantean que “los principales objetivos de la terapia cognitiva para la depresión son los pensamientos automáticos negativos que mantienen la depresión y los esquemas que han predispuesto al paciente al trastorno. Vásquez, Muñoz y Becoña 2000 (citado en Rubio, 2015c, p. 61).

Finalmente, la terapia cognitiva descrita por Beck cuenta con dos características específicas: la estructura de las sesiones y el tipo de problemas en los que se centra.

Las sesiones están estructuradas de tal manera que el paciente paulatinamente vaya adquiriendo una actitud activa ante el tratamiento y con respecto a la problemática central, tiene como propósito trabajar el “aquí y el ahora”, prestando atención a las emociones y cogniciones que se generan durante las intervenciones y posterior a ellas, lo que se busca con esto es validar las creencias que va construyendo el individuo acerca del entorno de una manera sistemática y metódica. Beck y Cols, 2010 (citado en Rubio, 2015d, p. 66).

3.3 Aportes de la Terapia Racional Emotiva Conductual por Albert Ellis

El modelo ABC de Ellis es una teoría planteada, la cual trata de dar a conocer por qué las personas, pese a experimentar un mismo evento, pueden desarrollar respuestas diferentes y esto se debe en que están asociadas a sus propias creencias. Siendo estas creencias un pilar fundamental a la hora de comprender cómo ve la persona el mundo y cómo decide hacerles frente a las demandas de la vida cotidiana. Montagud (s.f.a) párr.5

Lo que proponía esta nueva terapia era cambiar activamente creencias y comportamientos contraproducentes, autoderrotistas y rígidos del cliente; él creía que a través de un análisis racional el sujeto podría entender sus creencias irracionales y las cambiaría por una posición más racional. Lo que se conoce como reestructuración cognitiva. (Valdés, 2014, párr.3)

La Terapia Racional Emotiva o RET está basada en un conjunto de suposiciones que giran en torno a la complejidad y fluidez de la existencia humana. Partiendo de este punto de vista sobre la naturaleza humana de acuerdo con la teoría de la RET, los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida, y se esfuerzan por alcanzarlos. Se supone el establecimiento y persecución de estas metas y propósitos, las personas tienen mayor conciencia de que viven en un mundo social. Por tanto, una filosofía del propio interés implica que una persona se coloca a sí misma en primer lugar, pero pone a los otros en un segundo lugar muy cercano. Esto supone una contradicción con la filosofía del egoísmo donde los deseos de los demás no son respetados ni tenidos en cuenta. Suponiendo que las personas tiendan a ir directivamente hacia sus metas, lo racional en la teoría de la RET es “lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos, por el contrario, lo irracional es lo que los frena”. (Dryden, 1989a, p.16).

Para comprender el modelo ABC que propone Ellis, explicaremos a continuación los componentes que plantea para explicar y entender la forma de comportarse de un individuo y su grado de ajuste psicosocial.

1. Acontecimiento activador (A): dentro del modelo, se entiende, como aquel fenómeno que le ocurre a un individuo o que él mismo ha propiciado que ocurra que hace que se activen una serie de pensamientos y conductas problemáticas. Esto puede ser una

situación externa al individuo, como un accidente, la enfermedad de un familiar, una discusión con otra persona, o algo interno de la persona, como un pensamiento, fantasía, conducta o emoción propio de la persona. Montagud (s.f.b) párr8.

2. Sistema de creencias (B): se entiende a toda la serie de cogniciones que conforman la forma de ser y ver el mundo de la persona. Dentro de este componente se incluyen pensamientos, recuerdos, supuestos, inferencias, imágenes, normas, valores, actitudes, esquemas y otros aspectos que moldean la forma de percibir tanto las amenazas como las oportunidades.

La gente tiene creencias y conversaciones mentales diferentes sobre una tragedia personal o sobre aceptarla o no. Estas creencias y conversaciones mentales pueden ser racionales y de autoayuda o irracionales y derrotistas. Nuestras creencias y conversaciones mentales determinan los sentimientos que las siguen. (Lynn, 2009d, p.198).

Las creencias pueden ser racionales, que independientemente de si son positivas o negativas, contribuyen a sentirse conforme con uno mismo. En cambio, en el caso de las creencias irracionales, éstas suelen fundamentarse en base a cosas poco lógicas o exageraciones que hace el individuo de un aspecto de su personalidad o de sus

capacidades. Suelen ser pensamientos falsos, los cuales provienen de inferencias demasiado exigentes, que se formulan en términos de ‘debería’ o ‘tendría que’.

Albert Ellis enumeró una serie de creencias irracionales y las agrupó en 11 ideas irracionales básicas. (Sánchez, 2017, párr.4).

Resumiéndolas de la siguiente manera:

1. “Necesito amor y aprobación de cuantos me rodean” o “tengo que ser amado y tener la aprobación de todas las personas importantes que me rodean”.
2. “Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo” o “si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre competente, suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo”.
3. “Los malos deben ser castigados por sus malas acciones”.
4. “Es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo deseo o quiero”.
5. “Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada para evitar o controlar la pena y el sufrimiento que me producen”.
6. “Debo pensar constantemente que puede ocurrir lo peor”.
7. “Es más fácil evitar que enfrentarse a las responsabilidades y los problemas de la vida”.
8. “Hay que tener a alguien más fuerte en quien confiar”.
9. “Mi pasado es determinante de mi presente y de mi futuro”.

10. “Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demás”.

11. “Cada problema tiene una solución acertada, y es catastrófico no encontrarla”

Estas ideas irracionales fundamentales contienen tres nociones básicas en las que los individuos hacen peticiones de carácter absoluto a sí mismo, los otros y el mundo.

3. Consecuencias (C): pueden ser tanto emocionales como conductuales, son aquellas s respuesta que da el individuo ante un determinado acontecimiento activador y modulado por su propio sistema de creencias. Como cada persona tiene sus propias cogniciones, las consecuencias que implique un determinado evento activador varían de individuo a individuo, siendo positivas para algunos y negativos para otros. Montagud (s.f.c) párr17.

El trabajo de Ellis permitió un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales. Ellis establece claramente en su modelo cómo un estímulo ambiental o Activador (A) se relaciona con las Consecuencias emocionales (C) a través de la Creencia interviniente (Cr). Por lo general las personas tienden a asociar que es el evento es lo que les afecta, pero realmente son sus pensamientos y creencias acerca de ellos, los demás y el mundo. Así, el objetivo de la Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas que se producen de ellas.

4. Disputa de las creencias irracionales (D): es donde se utiliza el debate en clave terapéutica. El objetivo de este es el de superar los problemas que manifiesta la persona a causa de sus creencias irracionales a la hora de interpretar uno o varios eventos activadores, lo cual le ha llevado a una situación en la que se manifiestan conductas autodestructivas y emociones disfuncionales. Montagud (s.f.d) párr24.

Una vez detectadas las creencias irracionales, se pueden plantear en el contexto terapéutico una serie de preguntas. Por ejemplo: ¿Dónde está la evidencia de que eso sea realmente amenazante?, ¿Hay alguna ley o norma que diga que eso debe verse como usted lo ve?, ¿Por qué considera que eso se debe hacer siempre de esa misma forma?, entre otras. Montagud (s.f.e) párr26.

Con este tipo de preguntas se favorece, poner en duda la veracidad de las creencias irracionales. Una vez debatidas, es más fácil echarlas por tierra y hacer que el paciente empiece a tomar un estilo de pensamiento más flexible.

5. Efectos de la disputa (E): se espera nuevas emociones y conductas. El disputar y el arrancar eficazmente las creencias irracionales y conversaciones mentales reducen enormemente las emociones desagradables de ansiedad, ira, y depresión. Las creencias racionales traen emociones más sanas, más satisfacción, mejor afrontamiento y una mayor habilidad para lograr objetivos. (Lynn, 2009e, p.98).

Sin embargo, en otro aporte sobre la RET, se explica que las personas pueden tener creencias racionales e irracionales al mismo tiempo. Los deseos pueden convertirse en exigencias con mucha facilidad. De este modo yo puedo creer racionalmente: “quiero que me ames” y simultáneamente, creer que: “como quiero que me ames, tú debes amarme”. Es importante que los terapeutas sean capaces de discriminar entre las creencias racionales e irracionales de sus clientes. Una vez hecha esa discriminación es más fácil distinguir entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas. Las emociones negativas apropiadas van asociadas con las creencias racionales, y las inapropiadas con creencias irracionales. (Dryden, 1989b, p.31).

En base a lo expuesto anteriormente por el autor comparto su opinión acerca de que el terapeuta para poder debatir con el cliente acerca de sus creencias es importante reconocer que no todas las creencias son de un componente irracional, también existen las racionales, pero hay una delgada línea y hay que tener la suspicacia y atención suficiente para distinguir y saber sobre cual trabajar y evaluar las emociones que se experimentan. Y estar claros en que las emociones negativas son necesarias en la vida cuando están relacionadas a lo racional, como son por ejemplo la tristeza, la inquietud, dolor y desilusión. A diferencia de la irracional como la depresión, ansiedad, culpa y vergüenza.

3.4 Definiciones actuales de la Terapia Cognitiva Conductual

La T.C.C es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas, del mundo que le rodea y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. A diferencia de algunas de las otras terapias habladas, la TC.C., se centra en los problemas y dificultades del “aquí y ahora”. En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas del pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora. (Royal college of psychiatrists, 2009).

En otra definición, tenemos que la T.C.C. consiste en una serie de terapias que incorporan, en su filosofía de salud mental e intervenciones, procedimientos tanto conductuales como cognitivos; los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esa conducta y las emociones correspondientes por medio de la modificación de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento. (Hernández y Sánchez, 2007, párr. 9).

La T.C.C. es un estilo de terapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar los esquemas de pensamiento y del procesamiento de la información. Donde el terapeuta y el paciente tienen un rol activo, colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y el debate, lo que conduce a las personas a contrastar su pensamiento con la realidad e impacta en sus emociones y conductas.

3.5 Importancia de la Terapia Cognitivo Conductual en la Depresión

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la OMS, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas. Además, señalan que, en las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, alrededor del 5% de la población. "La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima", señaló la directora (OPS), Carissa F. Etienne. (O.M.S. y O.P.S, 2017b)

En base a estos datos y los ofrecidos anteriormente sobre la depresión, parece bastante evidente la necesidad de desarrollar un tipo de terapia psicológica eficaz de cara a la depresión, determinando sus indicaciones y contraindicaciones y estableciendo su papel en el tratamiento general del paciente depresivo. Siendo la T.C.C. una de las más utilizadas y con mayor fundamentación empírica.

Por otro lado, la terapia psicológica, se practica en distinto grado y de diferentes maneras en el tratamiento de casi todos los pacientes depresivos, por lo tanto, es de

crucial importancia definir formas específicas de terapia y determinar su efectividad de modo que el consumidor pueda saber si este servicio tan costoso está logrando algún resultado satisfactorio. Además, existen otras razones para definir y poner a prueba modalidades terapéuticas específicas. A continuación, algunas razones: (Beck et al., 1976h, p.12).

1. Aunque, obviamente, los fármacos antidepresivos son más baratos que la terapia psicológica, existen pacientes que no responden a la medicación. Estimaciones fiables, basadas en una revisión de numerosos estudios controlados sobre la terapia farmacológica de la depresión, indican que solamente el 60-65% de los pacientes muestra una mejoría definitiva como resultado del tratamiento mediante antidepresivos tricíclicos.
2. Muchos pacientes a quienes podrían beneficiar los medicamentos, o bien se niegan a tomar la medicación por razones personales, o bien presentan efectos secundarios que obligan a abandonarla.
3. Es posible que, a la larga, la dependencia excesiva de los fármacos pudiese impedir indirectamente la utilización por parte del paciente de sus propios métodos psicológicos para hacer frente a la depresión. La amplia literatura sobre la “atribución” apunta la posibilidad de que los pacientes tratados con fármacos

atribuyan sus problemas a un desequilibrio químico y la mejoría, a los efectos de los medicamentos (Shapiro y Morris, 1978). Consecuentemente, como indican las investigaciones psicosociológicas, los pacientes pueden estar menos capacitados para aprovecharse de o desarrollar sus propios mecanismos para manejar la depresión. La relativamente alta tasa de recaídas de pacientes tratados con fármacos (aproximadamente el 50% durante el año siguiente a la terminación del tratamiento) indica que este argumento puede ser válido.

3.6 Metas Generales de la Terapia Cognitiva Conductual en la Depresión

Las principales metas para resultados finales son, el mejoramiento del estado de ánimo negativo y de la pérdida de interés en actividades placenteras. Además, si la ideación suicida es significativa, el tratamiento debe concentrarse en disminuir tanto la ideación como los intentos activos. Si el estado de ánimo depresivo sostenido provocó un debilitamiento significativo del funcionamiento, las metas de resultados finales adicionales pueden abarcar el mejoramiento de las relaciones ocupacionales, académicas y sociales. (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006a, p.67).

Los mismos autores citados anteriormente indican que las principales metas de resultados finales u objetivos del tratamiento son:

3.6.1. Meta 1: Disminuir el pensamiento disfuncional.

El modelo cognitivo de depresión predominante es el que planteo Beck (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979; Clark, Beck, Alford, 1999) y que consta de tres elementos básicos: a) triada cognitiva negativa, b) esquemas negativos y c) distorsiones cognitivas. La triada cognitiva consiste en tres patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a los individuos deprimidos, y abarca opiniones negativas de sí mismos, del mundo y del futuro. Los esquemas son patrones de pensamiento estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas. Los individuos propensos a la depresión tienden a responder a su ambiente de una manera rígida y negativa y, desde una perspectiva lógica, interpretan las experiencias nuevas de forma inexacta. Los errores cognitivos abarcan la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación/minimización, personalización y pensamiento dicotómico. (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006b, p.67).

Entre las intervenciones potenciales específicas para la meta tenemos: la reestructuración cognitiva y la terapia de resolución de problemas. En cuanto a la reestructuración cognitiva. Como concepto las variables cognitivas relacionadas con el trastorno se clasifican en tres niveles: pensamientos automáticos negativos, suposiciones distorsionadas o desadaptativas y autoesquemas disfuncionales. Mientras que la terapia

de resolución de problemas. Es un enfoque terapéutico que se centra en aumentar la capacidad de afrontamiento del individuo al tratar situaciones estresantes.

3.6.2 Meta 2: Optimizar la capacidad de resolución de problemas

Una variable importante de resolución de problemas relacionados con la depresión es la orientación del problema (es decir, el conjunto de respuestas generalizadas y orientadoras respecto de problemas cotidianos y de la capacidad propia de afrontarlos). Es decir que se muestra una tendencia a ver los problemas como amenazas a esperar que sean irresolubles, a dudar de la propia capacidad para resolverlos, y a sentir frustración y molestia al enfrentarlos, está significativamente relacionada con la depresión.

Entre las intervenciones potenciales específicas para la meta tenemos: la terapia de resolución de problemas. Que cuenta con cuatro metas generales, a) ayudar a los individuos deprimidos a identificar situaciones cotidianas previas y actuales que constituyan antecedentes de un episodio depresivo; b) minimizar el grado en el que los síntomas depresivos afectan de manera negativa los intentos de afrontamiento presentes y futuros; c) aumentar la eficacia de sus esfuerzos de resolución de problemas al afrontar problemas en ese momento; d) enseñar habilidades generales que les permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros con el fin de evitar más episodios depresivos.

3.6.3 Meta 3: Incrementar las habilidades de autocontrol.

La concepción de la depresión de Rehm (1977) se basó en su origen en un modelo de autocontrol general que otorgaba la mayor importancia a la capacidad de un individuo para alcanzar metas mediante tres procesos secuenciales, a saber, automonitoreo, autoevaluación y autorefuero. Rehm planteo que los individuos deprimidos manifiestan déficits en cada uno de estos procesos de autocontrol. Por ejemplo, Roth y Rehm (1980) compararon el automonitoreo de pacientes psiquiátricos deprimidos y no deprimidos, y descubrieron que cuando se les permitía elegir el tipo de realimentación, los pacientes deprimidos seleccionaban con más frecuencia la retroalimentación negativa, mientras que los no deprimidos elegían positivos en mayor proporción. Rozensky, Rehm, Pry, Roth, 1977 (citado en Nezu, Nezu y Lombardo, 2006c, p.70).

Entre las intervenciones potenciales específicas para la meta se plantea: terapia de autocontrol y terapia de resolución de problemas. En cuanto a la terapia de autocontrol, se enseña a los pacientes a: a) mantener un registro diario de experiencias positivas y su estado de ánimo asociado; b) establecer metas específicas, explícitas y asequibles relacionadas con actividades positivas y c) identificar reforzadores, así como administrarse estas recompensas tras alcanzar una meta. Mientras que los aspectos de la terapia de resolución de problemas se encaminan a ayudar individuos a que se fijen metas realistas cuando afronten problemas cotidianos estresantes.

3.6.4 Meta 4: Mejorar las tasas de reforzamiento positivo

Las afirmaciones teóricas que guiaron el trabajo de Lewinsohn son: por un lado que la depresión es una función, que se mantiene el nivel de actividad del individuo mediante el refuerzo positivo; y que los déficits en diversas habilidades sociales desempeñan una función influyente sobre la determinación de la tasa de dicho refuerzo para la conducta de la persona.

Esto explica cuando nos llegan personas deprimidas para la atención o cuando son detectadas tienden a manifestar un poco de retraimiento, es decir muestran menos comportamientos interpersonales que las no deprimidas y poco entusiasmo ante el refuerzo social.

Entre las intervenciones potenciales específicas para la meta se plantea: curso para afrontar la depresión y la activación conductual. En cuanto al afrontamiento de la depresión, implica técnicas para ampliar el entrenamiento en relajación, aumentar las actividades placenteras, reestructuración cognitiva y mejora de las interacciones sociales. Con relación a la activación conductual, se concentra en aumentar el comportamiento gratificante y productivo de un paciente deprimido.

3.6.5 Meta 5: Aumentar las Habilidades Sociales e Interpersonales

Esta concepción de la depresión identifica a las habilidades sociales deficientes y desadaptativas como un factor relacionado. En esencia, las habilidades sociales insuficientes o inadecuadas dan como resultado una capacidad limitada para obtener refuerzo positivo del ambiente social. Según Coyne en (1976); sugiere un sólido componente cíclico interpersonal en la depresión, según el cual la persona deprimida comienza el ciclo con quejas, lo que en un inicio genera un aumento del refuerzo social (palabras tranquilizadoras, empatía, atención). Sin embargo, las quejas continuas y el hecho de centrarse en sí misma hacen que los demás en el ambiente social de la persona la rechacen, lo que da por resultado una reducción del refuerzo y apoyo sociales, así como a una confirmación del autoconcepto negativo. Se pueden utilizar herramientas de evaluación específica de esta meta, midiendo las actividades y cogniciones interpersonales, así como el nivel de funcionamiento y ajuste social e interpersonal.

Estoy de acuerdo con lo señalado anteriormente, ya que he tenido experiencias con pacientes con indicadores de depresión, que por años suelen manejar el mismo estilo de comunicación basado en quejas, lamentos y autocompasión, al principio familiares y amigos, le brindan atenciones, pero luego de un periodo de tiempo y recurrencia, tienden a ignorar y mostrar poco interés. Que al final se convierte en un rechazo. Y de alguna manera en vez de acercar a las personas, las alejan.

3.7 Algunas investigaciones sobre Terapia Cognitiva Conductual en la depresión de adolescentes

Es importante tener en cuenta estudios que se hayan podido realizar utilizando las variables similares a la de esta investigación y aplicado en adolescentes para tener un marco de referencia y enriquecer con antecedentes, datos y resultados.

Iniciamos con una investigación en Puerto Rico (2015) que utilizó como referencia al igual que esta investigación el manual de T.C.C. adaptada para adolescente de Rosselló y Bernal (2007), en conjunto con otras estrategias, aplicado a un estudio de caso de una adolescente puertorriqueña con comportamiento suicida. Inició con una Terapia Socio Cognitivo-Conductual para el Comportamiento Suicida de tipo ambulatorio luego de una hospitalización por intento suicida. Esta terapia incorporó una perspectiva ecológica y de desarrollo a la terapia cognitivo conductual. Inicialmente mostró baja autoestima y severos síntomas depresivos y de ansiedad. Al finalizar el tratamiento, manifestó un cambio significativo en su sintomatología clínica y evidenció una mejoría en sus destrezas de manejo. No presentó ideas suicidas durante meses previos, ni durante el seguimiento. (Duarté, Torres y Laboy, 2015)

Otro proceso terapéutico cognitivo conductual aplicado a adolescentes entre 13 y 17 años que presentan ansiedad y depresión en una casa hogar. Tenían una muestra de 13 adolescentes, sin embargo, llevaron a cabo el proyecto con 10 de ellos puesto que los 3

restantes estaban próximos a abandonar la casa de acogida. Del total 6 eran del sexo femenino y 4 del sexo masculino. El número de sesiones que se llevó a cabo con los adolescentes fueron de 9 a 12, cada una de ellas entre 40 y 50 minutos. En el estudio pudo comprobar que la ansiedad y depresión, indiferente del sexo, mostró mejoría notable en cada sujeto de la muestra y tomando encuenta el porcentaje de restablecimiento oscilaba entre el 75 y 80%. (Calle y Cabrera, 2012, p.127).

Utilizando muestras similares también se encuentra la aplicación de un programa terapéutico cognitivo conductual orientado al manejo de la conducta asertiva, pero en este caso fue a un grupo de adolescentes femeninas de la fundación hogar niñas de la capital. (Donato, 2006, p.215)

En otra investigación acerca de la aplicación de la T.C.C. en una paciente con depresión y rasgos obsesivos de personalidad, se tuvo como principal objetivo describir de manera rigurosa y sistemática la aplicación del modelo de intervención cognitivo conductual para la depresión, desde la teoría expuesta por Aaron Beck. Partiendo de esto, el autor indica que se pudo evidenciar la eficacia de dicho modelo, logrando un avance y remisión de diversos síntomas tanto a nivel cognitivo, como afectivo y conductual, lo que a su vez facilitó abordar la sintomatología de la paciente de una manera integral y entregándole un papel activo en su proceso de recuperación. Para lograr esto, se hizo uso

de diferentes herramientas tanto cognitivas como conductuales, tales como la psicoeducación, autorregistros, tareas conductuales, entre otras. (Rubio, 2015e, p.1).

Tenemos, en una investigación experimental en Panamá sobre la eficacia de una técnica cognitiva conductual en la prevención de la depresión en adolescentes, a través de un Inventario de Depresión Infantil (C.D.I), que ofrece una escala general de depresión y cinco subescalas: humor negativo, problemas interpersonales, ineficacia, anhedonia y autoestima negativa. Mostrando en el grupo experimental, puntuaciones disminuidas en el postest luego del tratamiento. De igual manera mostró una diferencia significativa de las medias del grupo experimental al comparar las puntuaciones del pretest y posttest tras la intervención. En cuanto al grupo control, tanto en la escala general, como en las subescalas, presentó puntuaciones iguales en ambas mediciones. (Lucas, 2006b, p.109).

Además, propuso como una de las recomendaciones que se tomara en cuenta la perspectiva de género en estudios e investigaciones similares. Con el fin de profundizar en la perspectiva de las mujeres. (Lucas, 2006c p.26).

En otra intervención terapéutica en adolescentes con ansiedad y depresión con una muestra de 10 adolescentes con una medición antes y después con el Cuestionario de Depresión para Niños y Adolescentes (C.D.S.) donde obtuvo diferencia significativa en los resultados. (Sánchez, 2004f, p.95).

En el tratamiento de la depresión en adolescencia, la terapia cognitivo conductual ha demostrado su superioridad sobre la condición de no tratamiento en diversos trabajos, tanto en intervenciones individuales como grupales. En este último caso, los datos apuntan a que, a pesar de la eficacia global de la intervención grupal, existe un número considerable de adolescentes que continúan manifestando síntomas depresivos tras la intervención. (Comeche, 2005a, p.163)

En un estudio piloto realizado con una pequeña muestra de adolescentes, con un total de 10, entre 13 y 18 años, diseñado para probar la viabilidad y utilidad de complementar dos tratamientos: Curso de afrontamiento de la depresión en adolescentes (CWD-A) y una adaptación de la psicoterapia analítica funcional (LIVE), centrada en las interacciones que ocurren entre el grupo de los adolescentes en las propias sesiones terapéuticas. Todos los participantes fueron diagnosticados con depresión, con criterios de exclusión como: ideas activas de suicidio, dependencia de sustancias, trastornos psicóticos o bipolares. Se distribuyó la muestra en dos grupos en función por gravedad de la depresión, en segundo grupo ubicaron los de perfil más severo. Evaluaron inicialmente y posterior al tratamiento. La intervención grupal la desarrollaron en 16 sesiones, por 2 horas durante 8 semanas. Se dedicaban la primera hora a un tratamiento y en la segunda el otro. Obteniendo que de forma global los 8 participantes que completaron el tratamiento mejoraron respecto al pretratamiento, mientras los dos que abandonaron no lo hicieron. (Comeche, 2005b, pp.163-164)

Otro de los aportes encontrado en trabajos de investigación en Panamá, tenemos la aplicación de la T. C. C. en adolescentes con Depresión, utilizando un estudio cuasi experimental de antes y después, tuvo como conclusiones que la muestra de adolescentes que presentaron síntomas depresivos una vez aplicada la intervención psicoterapéutica se pudo demostrar la efectividad en la atención a las manifestaciones de la depresión , modificándose los pensamientos irracionales, que anteceden a los comportamientos que fomentan la presencia de depresión y una de las recomendaciones es aplicar programas que ayuden a los adolescentes a fortalecer sus procesos cognitivos a través del plantel educativo. (Smith, 2017b, pp.126-127)

Con respecto a lo planteado anteriormente comparto que a nuestros adolescentes hay que sensibilizarlos en la importancia de cuidar su salud mental y proporcionarles herramientas diferentes a las acostumbradas para hacerle frente a la depresión. Involucrando además a padres y docentes para que también aporten positivamente y estén más vigilantes de que reciban la atención oportuna.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II

Metodología de la Investigación

En toda investigación es de fundamental la metodología, ya que permite definir los métodos, técnicas, instrumentos, estrategias y procedimientos que van a guiar lo que se pretende investigar.

1. Planteamiento del Problema

El planteamiento del problema es el centro, el corazón de la investigación: dicta o define los métodos. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014a, p.67).

Es por ello por lo que el planteamiento del problema nos conduce a saber qué es lo que deseamos investigar y a identificar los elementos que están relacionados con el proceso de investigación. En base a lo anteriormente planteado en esta investigación nos interesa conocer:

¿Qué efectos tendrá el programa terapéutico cognitivo conductual sobre los rasgos depresivos de un grupo de adolescentes entre 13 y 15 años del Centro Educativo de Formación Integral Bilingüe China?

2. Objetivos

2.1 Objetivos Generales

1. Describir los síntomas de depresión clínicamente significativa en los adolescentes participantes.
2. Desarrollar un programa de intervención para adolescentes con rasgos depresivos desde el enfoque cognitivo conductual.
3. Demostrar la importancia de trabajar la prevención y tratamiento de la depresión en la adolescencia.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar los rasgos de depresión en los adolescentes mediante la aplicación del Cuestionario de depresión para Niños (CDS).

2. Analizar el estado mental de los adolescentes participantes del programa mediante la entrevista clínica.
3. Distinguir los errores cognitivos presente en los adolescentes participantes que influyen en su estado de ánimo depresivo.
4. Adaptar el programa terapéutico cognitivo conductual en adolescentes puertorriqueños que se utilizó de referencia.
5. Aplicar un programa con estrategias y actividades que permitan minimizar los indicadores depresivos en los adolescentes participantes.
6. Comparar los resultados obtenidos antes y después del tratamiento.
7. Validar estadísticamente la efectividad de la intervención del programa cognitivo conductual que se ha diseñado.

3. Preguntas de Investigación

1. ¿Qué rasgos de depresión obtendrán menores puntuaciones antes del tratamiento?
2. ¿Qué rasgos de depresión obtendrán menores puntuaciones después del tratamiento?
3. ¿Qué rasgos de depresión obtendrán mayores puntuaciones antes del tratamiento?

4. ¿Qué rasgos de depresión obtendrán mayores puntuaciones después del tratamiento?
5. ¿Habrá diferencia en los resultados de la primera evaluación en comparación con la segunda evaluación en los rasgos depresivos de los adolescentes participantes?
6. ¿Cuál será la efectividad del programa terapéutico cognitivo conductual en los rasgos depresivos de los adolescentes participantes?
7. ¿Los rasgos depresivos disminuirán en los adolescentes que recibieron el tratamiento?
8. ¿Cuáles serán los errores cognitivos más frecuentes entre los adolescentes del programa?

4. Justificación de la Investigación

Se propone investigar el efecto de la Terapia Cognitiva Conductual en un grupo de adolescentes que muestran rasgos depresivos. Considerando que la depresión afecta cada vez más a las personas, teniendo en cuenta los aspectos señalados anteriormente en la fundamentación teórica. Afectando la manera en la que piensa, se siente y se comporta, y que además puede provocar problemas emocionales, funcionales y físicos.

Para ello es importante estudiarlo, establecer comparaciones y analizar los datos, con la finalidad de contribuir con un tratamiento que ayude a los adolescentes a disminuir sus indicadores depresivos, potenciando un cambio en los patrones de pensamiento, teniendo en cuenta que el peor enemigo será la mente, no sólo porque conoce las debilidades, sino porque es quien las crea. Seguido de esto, motivar a mantener las actividades diarias y contar con relaciones interpersonales sanas, que son factores que influyen en el estado de ánimo.

Por otro lado, con la experiencia de trabajar en diversos centros educativos oficiales y de compartir diariamente con estudiantes adolescentes, identifiqué que muchos de los casos referidos y detectados muestran indicadores depresivos. Asociados en muchas ocasiones a historias de vidas parentales carentes de expresión de afecto, con modelos pocos asertivos que no le ofrecen esa oportunidad de expresar sus pensamientos, emociones y necesidades. Que al pasar del tiempo contribuyen al deterioro de las relaciones, toma de decisiones y elaboración de un proyecto de vida.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente es conveniente trabajar con esta población, elaborando y ejecutando programas de modo preventivo que propicie una salud mental y esquemas de pensamientos positivos y que los lleve a la reflexión de que si cuidan sus emociones mejoran sus decisiones.

5. Tipo de Estudio

Considerando que los estudios explicativos, van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas. (Hernández, et al., 2014b, p.95).

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, la investigación que se presenta es un estudio Explicativo, ya que se busca conocer los efectos de la intervención terapéutica cognitiva conductual sobre la depresión.

6. Definición de las Variables

6.1 Definición Conceptual de la Variable Independiente:

Terapia Cognitiva Conductual: es una terapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del

procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos como la depresión, donde el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad y a modificar mediante técnicas sustentadas en la terapia su conducta. Clark, 1995, (citado por Caro, 2002)

6.2 Definición Conceptual de la Variable Dependiente:

La Depresión: es definida como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Y que puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. (O.M.S., 2017b)

6.3 Definición Operacional de la Variable Independiente:

Terapia Cognitivo Conductual: un programa de 10 sesiones durante dos semanas consecutivas. Dividido en tres módulos, cada uno en tres sesiones. Las primeras tres

sesiones trabajan la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo. Las próximas tres sesiones van dirigidas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo. Las últimas tres sesiones se relacionan con el modo en que las interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo. Y la última sesión de cierre y realimentación.

6.4 Definición Operacional de la Variable Dependiente

Depresión: Sobre la cual se pretende observar los resultados y se medirá a través del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) antes y después la variable.

7. Hipótesis

7.1 Hipótesis de investigación

Se señala que dentro de la investigación científica las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables, y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados. (Hernández y Otros, 2003a).

Es indispensable conocer que la hipótesis una vez formulada guía el estudio dentro del paradigma cuantitativo. Teniendo en cuenta esta premisa se plantea la siguiente hipótesis:

Los adolescentes con rasgos de depresión que reciban el Programa Terapéutico Cognitivo Conductual obtendrán menores puntuaciones en los rasgos depresivos después de finalizar el tratamiento.

7.2 Hipótesis Nula

Son proposiciones que niegan o refutan la relación entre las variables. Teniendo en cuenta esta premisa se plantea la siguiente hipótesis Nula:

Los adolescentes que reciban el Programa Terapéutico Cognitivo Conductual obtendrán mayores o iguales puntuaciones en los rasgos de depresión después de finalizar el tratamiento.

7.3 Hipótesis Estadística:

Representan la transformación de las hipótesis de investigación y nula en símbolos estadísticos. Formulándose sólo si los datos son cuantitativos.

$$H_i: \mu_a > \mu_d$$

$$H_o: \mu_a \leq \mu_d$$

8. Diseño

8.1 Diseño de Investigación

El diseño de investigación que se utiliza en esta investigación corresponde a un diseño de investigación cuasi experimental con preprueba, post prueba y un solo grupo. Que indica que a un solo grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental: después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento y se compara resultados.

Para comprenderlo mejor veamos el siguiente esquema:

O₁ X O₂

Dónde:

X = Corresponde a la Variable independiente: Indica el tratamiento o intervención, que en esta investigación corresponde al programa cognitivo conductual.

O₁ = pre-test o primera medición de la variable dependiente, que corresponde a los rasgos de depresión.

O₂ = Post-test o segunda medición de la variable dependiente, que corresponde a los rasgos de depresión.

El investigador espera que como consecuencia de la intervención (variable independiente) los valores en **O₂** serán distintos a los de **O₁**. (León y Montero, 2003a, p.331).

8.2 Diseño Estadístico

Partimos que las estadísticas son las herramientas de la investigación psicológica que nos permite analizar los datos de un individuo o grupo de personas. De tal manera que la muestra seleccionada para esta investigación corresponde a menor de 30, que se denominan pequeñas muestras. (Spiegel, 2000, p.251).

Para esta investigación se utilizó la prueba t de student para datos pareados o muestras relacionadas, la cual es una distribución de probabilidad que surge del problema de estimar la media de una población normalmente distribuida cuando el tamaño de la

muestra es pequeño. El procedimiento Prueba t para muestras relacionadas compara las medias de un mismo grupo y calcula las diferencias entre la primera y la segunda medición, con una sola cola y un alfa de 0.05.

9. Población y Muestra

9.1 Población

Adolescentes del Centro Educativo de Formación Integral Bilingüe China ubicado en las Garzas de Pacora, en específico los tres grupos de 8° de premedia, siendo un total de 71 estudiantes. Siendo una matrícula mayor del sexo femenino.

9.2 Muestra

Consiste en una muestra no probabilística, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. (Hernández, et al., 2014c, p.176).

La muestra se obtuvo al evaluar con el pretest a tres grupos intactos de adolescentes pertenecientes al nivel de 8° del Centro Educativo de Formación Integral Bilingüe China.

Mostrando mayores puntuaciones en rasgos depresivos las mujeres, siendo un total de 13 detectadas, pero 8 participantes fueron las que finalizaron el tratamiento.

9.2.1. Criterios de Inclusión

1. Ser adolescente entre 13 y 15 años.
2. Formar parte del Centro Educativo de Formación Integral Bilingüe China
3. Presentar indicadores altos de depresión según el Cuestionario de Depresión para Niños. Es decir, puntuaciones en decatipos (DC) entre 7 y 10.
4. Asistir tanto el adolescente como acudiente a la entrevista clínica por separado.
5. Firmar del contrato de consentimiento informado.

9.2.2. Criterios de Exclusión

1. Ser adolescentes menores de 13 años y mayores de 15 años.
2. Abandonar el Centro Educativo.
3. Tener el diagnóstico de otro trastorno psicológico.
4. Presentar alguna discapacidad intelectual.
5. No firmar el contrato de consentimiento informado.
6. Abandonar el programa antes de culminar.
7. Dejar de asistir a 3 sesiones de terapias.

8. Consumo de sustancias psicotrópicas.

10. Instrumentos

10.1 Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

Nombre Original: Childrens depression Scale (CDS)

Autores: M. Lang y Tisher

Adaptación española: TEA EDICIONES

Administración: Individual/colectiva

Duración: Variable entre 30 y 40 minutos

Aplicación: 8 a 16 años

Significación: Evaluación global y específica de la depresión en los niños y adolescente.

Realizando una breve descripción del cuestionario y sus escalas, podemos indicar que el cuestionario CDS contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: **Total Depresivo** y **Total Positivo** (TD y TP). Dentro de cada una de estas dos dimensiones se agrupan sus elementos por el contenido de estos en varias subescalas, que podría describirse brevemente de la siguiente manera:

1. Total Depresivo, con 6 subescalas:

- **Subescala RA;** Respuesta Afectiva (ocho elementos), alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.
- **Subescala PS,** Problemas sociales (ocho elementos), se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
- **Subescala AE,** Autoestima (ocho elementos), se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.
- **Subescala PM,** preocupación por la muerte/salud (siete elementos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.
- **Subescala SC,** Sentimiento de culpabilidad (ocho elementos), se refiere a la autopunición del niño.
- **Subescala DV,** depresivos varios (nueve elementos), incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

2. Total Positivo, con dos subescalas:

- **Subescala AA,** Ánimo – alegría (ocho elementos, puntuados en el polo opuesto), alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

- **Subescala PV**, Positivos varios (diez elementos, puntuados en el polo opuesto), incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad. Para estas subescalas son muy interesantes para poder especificar e interpretar una determinada puntuación total depresiva o positiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras.

10.2 Entrevista a los padres

El objetivo en la entrevista inicial con los padres consiste por un lado en, sensibilizar al padre con el programa y obtener su consentimiento firmado y además recopilar datos importantes del adolescente. Entre los datos tenemos:

1. Datos generales
2. Antecedentes familiares
3. Observaciones médicas
4. Personalidad y comportamiento del adolescente
5. Hábitos de estudio
6. Ocio y tiempo libre

10.3 Entrevista clínica individual para el adolescente

El objetivo de la entrevista con el adolescente es por un lado conocer la historia clínica y determinar su estado mental, además de informar los resultados del pretest y ofrecerle de manera voluntaria la oportunidad de participar en el programa.

Entre los elementos principales tenemos:

1. Datos generales
2. Historia personal
3. Aspectos de la personalidad
4. Apariencia
5. Estado de ánimo
6. Pensamiento y juicio

11.Procedimiento

11.1 Paso1:

Una vez revisada la fundamentación teórica, tomando en cuenta el enfoque cognitivo conductual y de metodología grupal para trabajar con la muestra, se tomó como principal

referencia para las sesiones de trabajo el manual de tratamiento para la terapia cognitiva-conductual en formato grupal, la adaptación para adolescentes puertorriqueños/as, de Jeannette Rosselló y Guillermo Bernal, del Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos de la Universidad de Puerto Rico, Río Piedras en el 2007. Que a su vez está basado en el Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-conductual de Depresión de adultos por Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar-Gaxiola y John Guzmán, del Hospital General de San Francisco, Clínica de Depresión de 1995. Del manual adaptado a adolescentes puertorriqueños se hicieron modificaciones en cuanto:

1. El lenguaje que es muy similar al nuestro se simplificó un poco para hacerlo más atractivo y contextualizándolo a Panamá.
2. Cantidad de sesiones de 12 a 10 sesiones, sintetizando e integrando algunas actividades. Puesto que no tenían asignado el tiempo y de acuerdo con la hora y media que se propone, permitía que se integraran la cuarta sesión. Quedando distribuida de la siguiente manera 3 sesiones para el módulo de pensamientos, 3 para el módulo de actividades y 3 para el módulo de gente y se anexó una de cierre, que no la tienen contemplada y que se considera importante porque permite establecer asociación de los tres módulos con la depresión y una realimentación final que permita la reflexión.
3. Se modificaron actividades, para que fuesen más interactivas, participativas y que permitieran la práctica de conceptos.

4. Se anexaron dinámicas en todas las sesiones se contaban con dinámicas relacionadas al módulo, fomentando la integración y participación. En módulo de pensamiento, se utilizaron más dirigidas al autoconocimiento, en el módulo de actividades se decidió incorporar la relajación y en el módulo de gente relacionadas a la comunicación e interacción. Además, que tuviesen un enfoque de integración entre los participantes.
5. Se sustituyó la estructura de los pasos de las sesiones, manteniendo una secuencia y facilitando la visibilidad, quedando de la siguiente manera: objetivos, materiales, actividades, actividad de cierre y tarea. Además de contar con un espacio para observaciones, que facilita que el terapeuta tome anotaciones de las sesiones y cuenta con un material de reflexión que sirve de guía para el cierre de la sesión.
6. Los ejemplos fueron ampliados y complementados para mejor comprensión.
7. Se incluyeron de forma general los criterios del CIE-10 para explicar los síntomas de una depresión clínicamente significativa.

11.2 Paso2

Para el proceso de validación del programa, se aplicó inicialmente el mismo instrumento de medición que se pretende utilizar con el grupo experimental. Se llevó a cabo en dos grupos de 9°, siendo un total de 6 estudiantes, 5 femeninas y 1 masculino. Se obtuvo el consentimiento y permiso de los padres. Finalmente culminaron las sesiones las 5 femeninas. En la medición posterior y al comparar, 3 mostraron disminución significativa en el total de síntomas depresivos y 2 se mantuvieron con resultados similares. Es importante mencionar que fue un poco difícil con este grupo las constancias en las sesiones, porque había irregularidad en clases por condiciones de estructura en la escuela, por lo que su jornada regular que era de 7:00 A.M. a 3:00 P.M., fue reducida de 11:00 A.M a 3:00 P.M., y los participantes eran citados a las 9:00 A.M. para no afectar su responsabilidad académica. Sin embargo, se perdía la secuencia y comprensión de las sesiones, además mostraban ansiedad por las clases y asignaciones posteriores y se les dificultaba cumplir con las tareas asignadas.

En atención a lo realizado en la validación, a la opinión de expertos y la experiencia de trabajo con los adolescentes, se planteó la necesidad de hacer énfasis en actividades para reforzar la autoestima, puesto a que se reflejaron inseguridades y dificultad para identificar aspectos positivos. También se anexaron más ejemplos y ampliación en la explicación de algunos conceptos, para facilitar la comprensión y asociación de la información. Y por último con relación al cumplimiento de las tareas, se propuso un espacio de tiempo antes de la sesión si llegaban temprano para realizarlas o abordar que

pensamientos le provocaban las tareas y en base a ellos establecer discusiones y realimentaciones.

11.3 Paso 3

Se procedió a aplicar el instrumento a tres grupos intactos de estudiantes del 8º, obteniendo un total 13 estudiantes femeninas mostraron puntuaciones elevadas en los indicadores de total depresivo y que cumplían con los criterios de inclusión. Luego se procedió a conversar de manera individual con las 13 estudiantes sobre los resultados, e invitarlas a participar voluntariamente del programa durante el verano.

11.4 Paso 4

Se citaron a los padres para informarles del estudio y firma del consentimiento informado de participación de sus acudidos, así como una entrevista individual. De los acudientes asistieron 10 en total. Luego se realizó la entrevista clínica individual con las 10 adolescentes captadas.

11.5 Paso 5

Una vez se finaliza las entrevistas clínicas con las adolescentes, se establecen las impresiones diagnósticas y se analizan los datos ofrecidos por los padres. Y se hace la convocatoria.

11.6 Paso 6

Ejecución del programa, con 10 sesiones continua de tratamiento Al convocar a las 10 participantes, Al final 8 de ellas culminan el programa. 2 de ellas no culminaron, una se fue para el interior del país y la otra tenía que empezar rehabilitación de materias académicas.

11.7 Paso 7

Una vez concluido el periodo de tratamiento, se aplicó nuevamente el mismo instrumento que es el Cuestionario de depresión para niños y adolescentes, en la primera semana de inicio escolar, para luego comparar resultados antes y después del tratamiento y determinar mediante la estadística si se rechaza o aprueba nuestra hipótesis de investigación.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III

Presentación y Análisis de los Resultados

1. Resultados Estadísticos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

1.1 Descripción de la Subescala AA: corresponde al Ánimo – alegría, alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

Tabla 1.

Puntajes de Subescala AA antes y después del tratamiento

| n° de sujetos | Subescala AA | | |
|-----------------------|--------------|---------|------------|
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 5 | 4 | 1 |
| 2 | 10 | 8 | 2 |
| 3 | 7 | 3 | 4 |
| 4 | 10 | 4 | 6 |
| 5 | 6 | 6 | 0 |
| 6 | 8 | 7 | 1 |
| 7 | 8 | 4 | 4 |
| 8 | 8 | 3 | 5 |
| Media muestral | 7.75 | 4.87 | 2.87 |
| Desv.Estándar | 1.75 | 1.88 | 2.16 |

Como se observa en promedio los puntajes después del tratamiento fueron menor, lo que nos hace suponer que los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual obtuvieron menores puntajes en el rasgo de ausencia de ánimo y alegría después de finalizado el tratamiento.

Para probar esta hipótesis se realizó una prueba de comparación de medias para muestras apareadas o relacionadas para (Decatipo DC) antes y después a un nivel de significancia del 5% como lo muestra la tabla 2 y así sucesivamente para el resto de las escalas.

Estadístico de la prueba: t-Student para muestras relacionadas

$$T = \frac{D-0}{S_D}$$

Donde $D = Y_1 - Y_2 = \sum D_i / n$ $S_D = \frac{S_D}{\sqrt{n}}$ tamaño de la muestra de diferencias y T se distribuye como una t de Student con $k=n-1$ grados de libertad. Siendo la que se aplica en el resto de las subescalas.

Tabla 2.

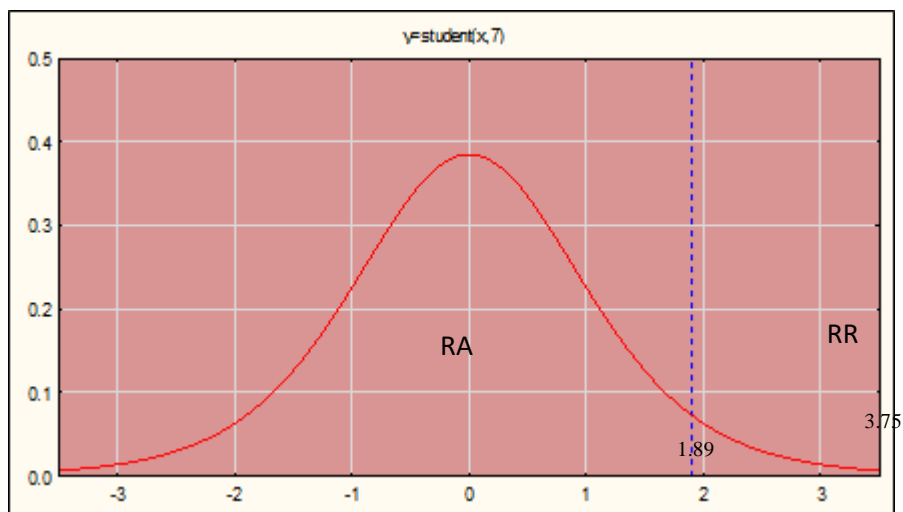
Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala AA

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| <i>Estadístico t</i> | 3.75 |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | 1.89 |
| <i>Grados de libertad</i> | 7 |
| <i>Alfa</i> | 0.05 |

Decisión: como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=3.75 > t_{\text{crítico}}=1.89$

Gráfica 1.

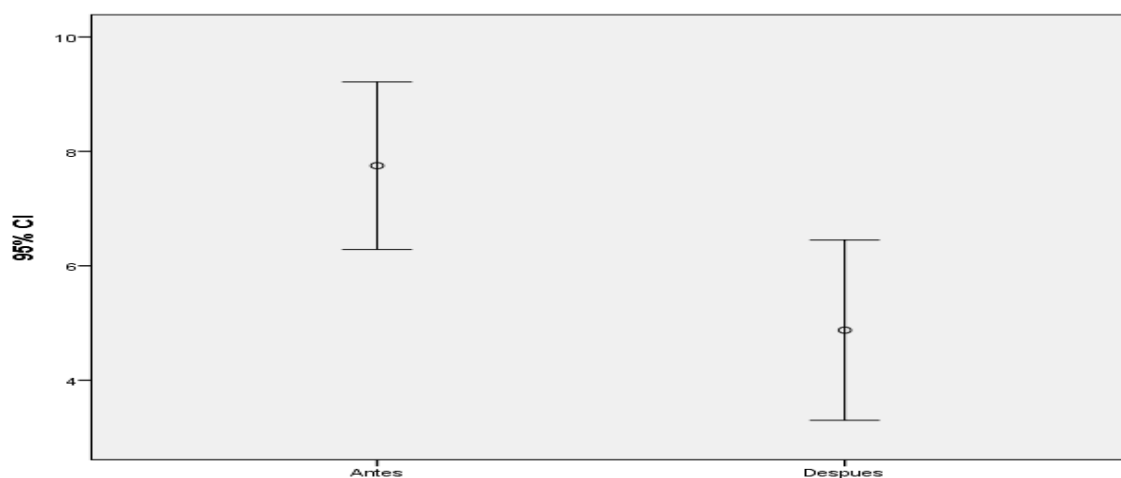
Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala AA



Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula. El puntaje promedio en el Decatipo en la subescala (AA) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica 2.

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala AA.



Como se muestra en la gráfica 2, de barras de error para determinar las diferencias de las medias, se muestra como el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

1.2 Descripción de la Subescala RA: corresponde a la Respuesta Afectiva, que alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.

Tabla 3.*Puntajes de Subescala RA antes y después del tratamiento.*

| Subescala RA | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| n° de sujetos | DC | | |
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 8 | 3 | 5 |
| 2 | 10 | 7 | 3 |
| 3 | 9 | 6 | 3 |
| 4 | 8 | 3 | 5 |
| 5 | 6 | 3 | 3 |
| 6 | 9 | 6 | 3 |
| 7 | 10 | 6 | 4 |
| 8 | 8 | 2 | 6 |
| Media muestral | 8.5 | 4.5 | 4 |
| Desv.Estándar | 1.30 | 1.92 | 1.19 |

Como se puede observar los resultados luego del tratamiento reflejaron una media menor, lo que hace suponer que mostraron mejoría en las respuestas afectivas

Tabla 4.

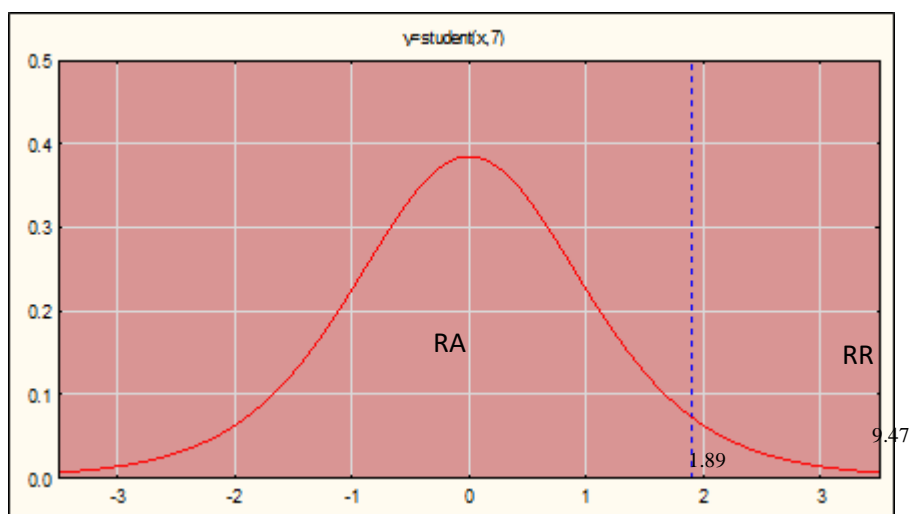
Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala RA

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| <i>Estadístico t</i> | 9.47 |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | 1.89 |
| <i>Grados de libertad</i> | 7 |
| <i>Alfa</i> | 0.05 |

Decisión: como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=9.47 > t_{\text{crítico}}=1.89$

Gráfica 3.

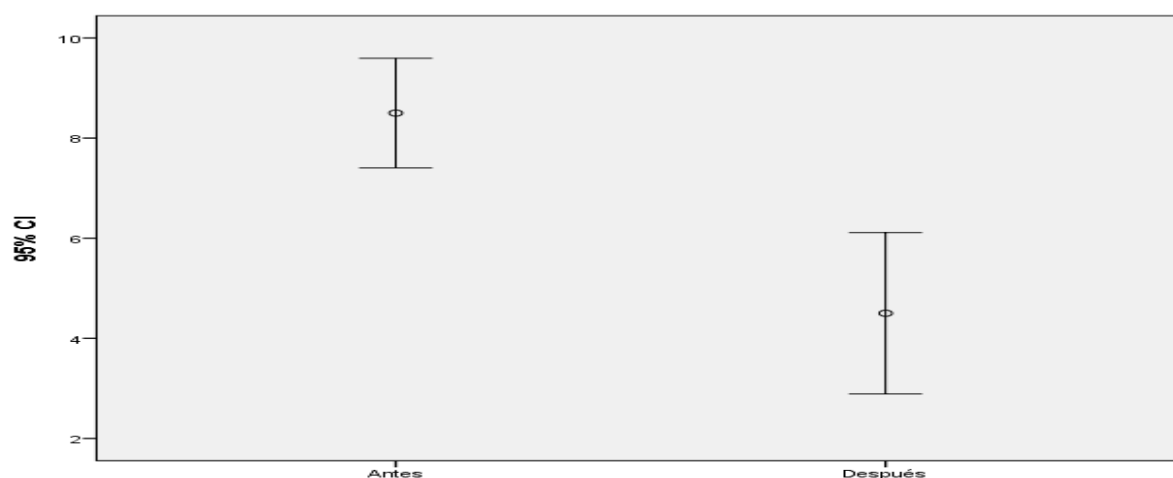
Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala RA



Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula. El puntaje promedio en el Decatipo en la subescala (RA) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica 4.

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala RA.



Como se muestra en la gráfica 4, de barras de error el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

1.3 Descripción de la Subescala PS: se refiere a problemas sociales, implica las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

Tabla 5

Puntajes de la Subescala PS antes y después del tratamiento.

| Subescala PS | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| n° de sujetos | DC | | |
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 9 | 2 | 7 |
| 2 | 10 | 7 | 3 |
| 3 | 9 | 6 | 3 |
| 4 | 7 | 4 | 3 |
| 5 | 6 | 4 | 2 |
| 6 | 10 | 5 | 5 |
| 7 | 9 | 5 | 4 |
| 8 | 8 | 2 | 6 |
| Media muestral | 8.5 | 4.37 | 4.12 |
| Desv.Estándar | 1.41 | 1.76 | 1.72 |

Se observa una disminución de la media a la mitad, luego del tratamiento en la muestra, lo que sugiere que mostraron mejoría en sus relaciones sociales de acuerdo con el instrumento de medición.

Tabla 6

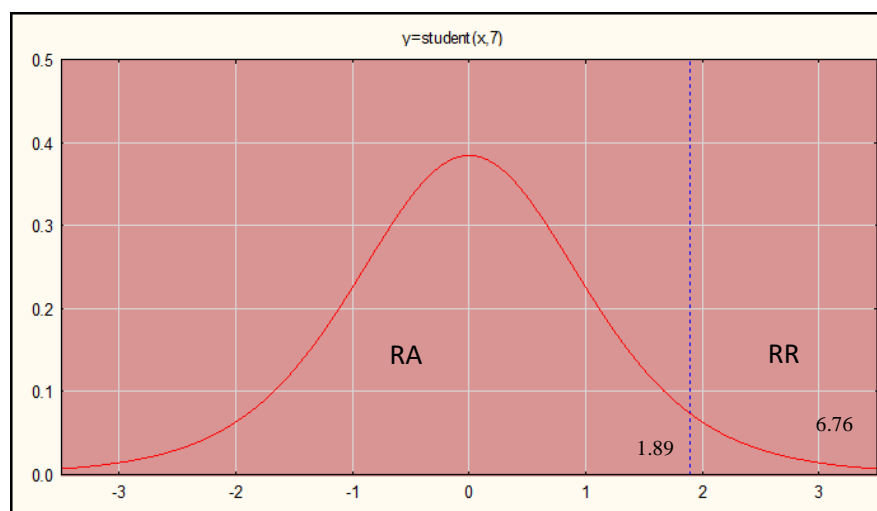
Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala PS

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| <i>Estadístico t</i> | <i>6.76</i> |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | <i>1.89</i> |
| <i>Grados de libertad</i> | <i>7</i> |
| <i>Alfa</i> | <i>0.05</i> |

Decisión: Como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=6.76 > t_{\text{crítico}}=1.89$.

Gráfica 5

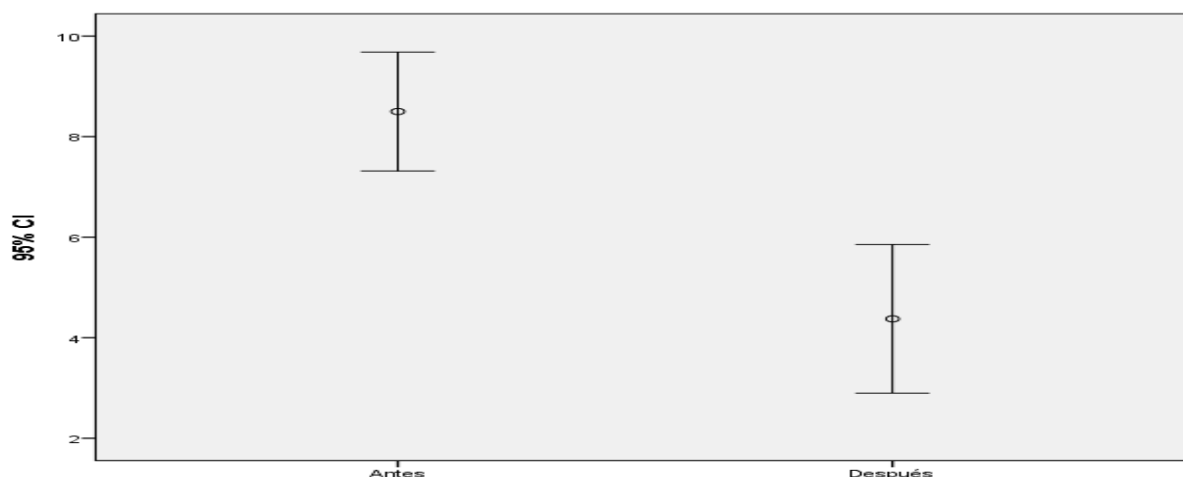
Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala PS



Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula. El puntaje promedio en el Decatipo en la subescala (PS) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica 6

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala PS.



Como se muestra en la gráfica 6, el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

1.4 Descripción de la Subescala AE: se refiere a la Autoestima, se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

Tabla7

Puntajes de la Subescala AE antes y después del tratamiento.

| Subescala AE | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| n° de sujetos | DC | | |
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 6 | 3 | 3 |
| 2 | 10 | 8 | 2 |
| 3 | 8 | 5 | 3 |
| 4 | 8 | 4 | 4 |
| 5 | 8 | 4 | 4 |
| 6 | 8 | 5 | 3 |
| 7 | 8 | 2 | 6 |
| 8 | 10 | 3 | 7 |
| Media muestral | 8.25 | 4.25 | 4 |
| Desv.Estándar | 1.28 | 1.83 | 1.69 |

En general se observa que toda la muestra mostró menores puntuaciones en relación a la autoestima, lo que sugiere mejoría en cómo se perciben a sí mismo.

Tabla 8.

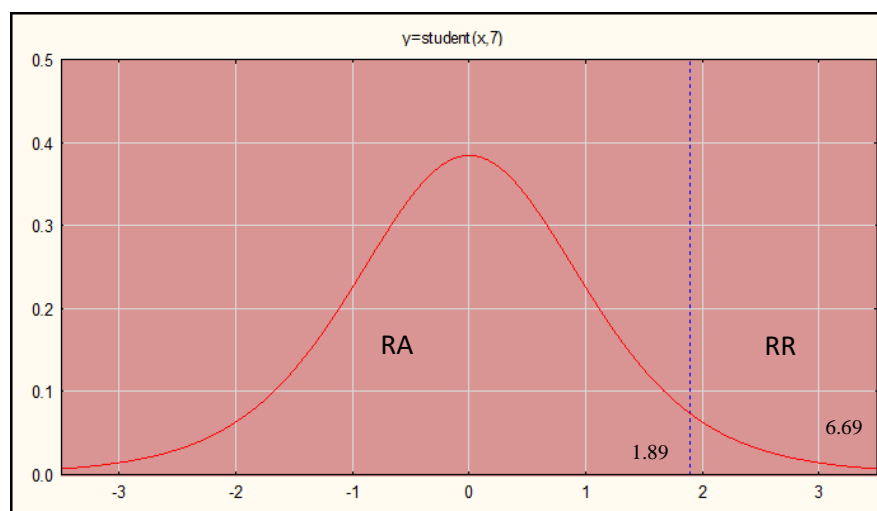
Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala AE

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| <i>Estadístico t</i> | 6.69 |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | 1.89 |
| <i>Grados de libertad</i> | 7 |
| <i>Alfa</i> | 0.05 |

Decisión: como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=6.69 > t_{\text{crítico}}=1.89$

Gráfica 7

Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala AE

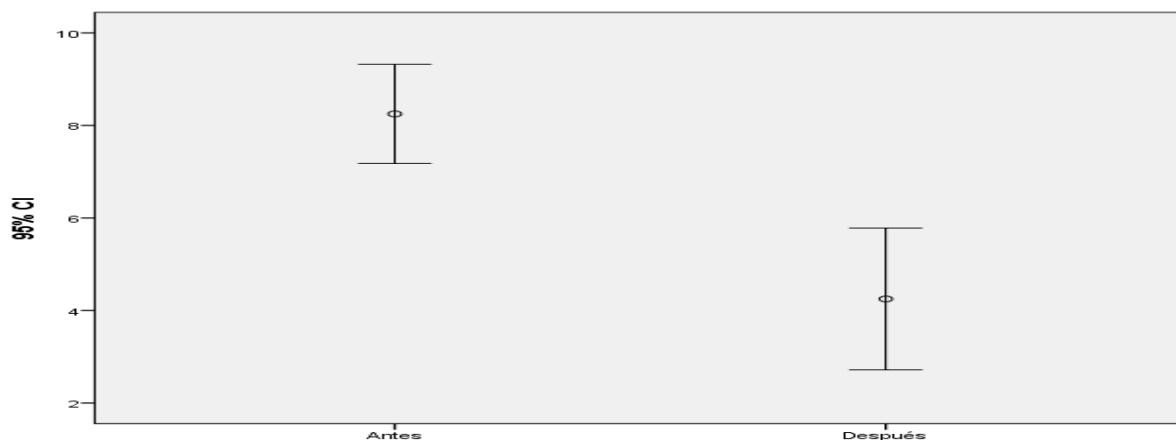


Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula.

El puntaje promedio en el Decatipo en la subescala (AE) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica 8.

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala AE.



Como se muestra en la gráfica 8, el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

1.5 Descripción de la Subescala PM: indica preocupación por la muerte/salud, alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

Tabla 9

Puntajes de la Subescala PM antes y después del tratamiento.

| Subescala PM | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| n° de sujetos | DC | | |
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 7 | 3 | 4 |
| 2 | 10 | 3 | 7 |
| 3 | 9 | 6 | 3 |
| 4 | 7 | 4 | 3 |
| 5 | 9 | 3 | 6 |
| 6 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | 8 | 3 | 5 |
| 8 | 9 | 5 | 4 |
| Media muestral | 7.75 | 3.62 | 4.12 |
| Desv.Estándar | 2.18 | 1.30 | 1.88 |

Como se puede observar la muestra indica menores puntuaciones y diferencia significativa en la segunda medición por lo que se sugiere que las preocupaciones de muerte han disminuido.

Tabla 10

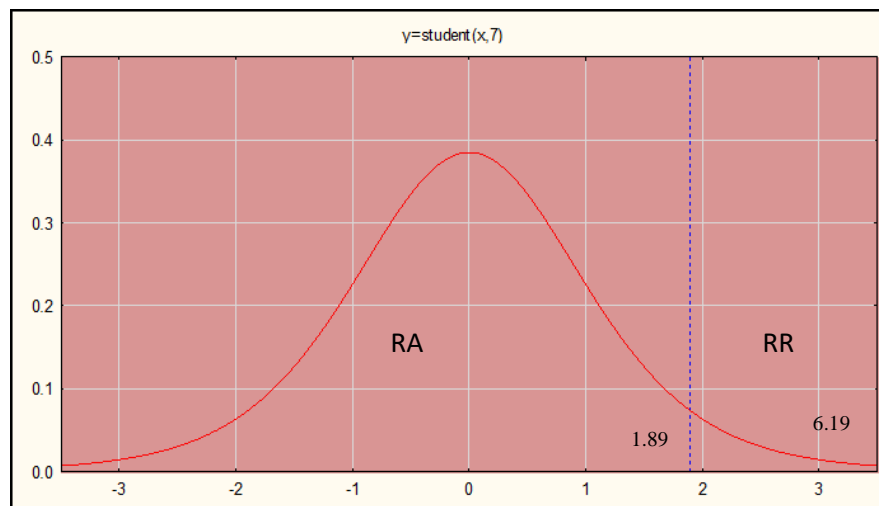
Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala PM

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| <i>Estadístico t</i> | 6.19 |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | 1.89 |
| <i>Grados de libertad</i> | 7 |
| <i>Alfa</i> | 0.05 |

Decisión: como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=6.19 > t_{\text{crítico}}=1.89$.

Gráfica 9

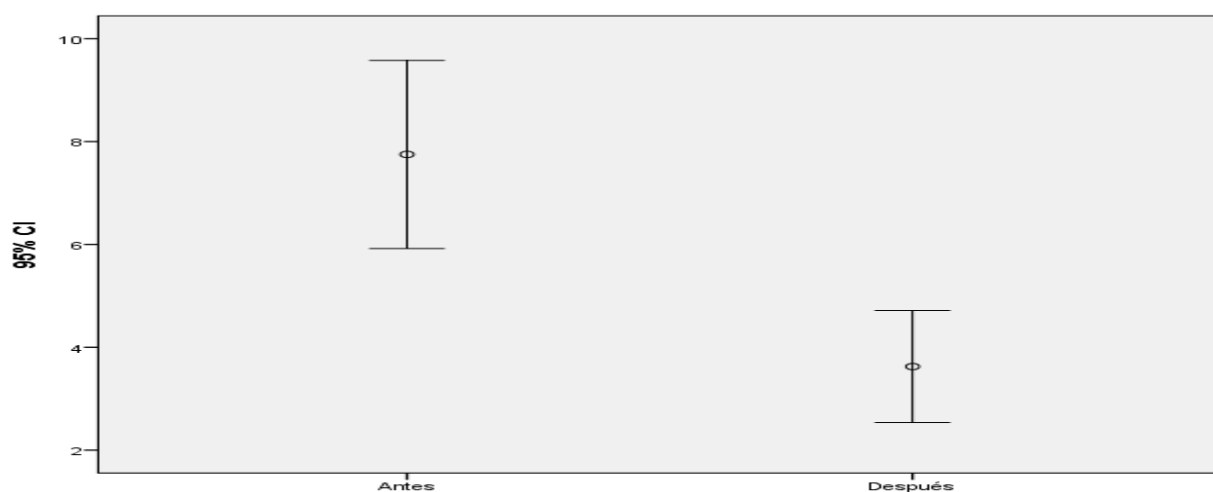
Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala PM



Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula. El puntaje promedio en el Decatipo en la subescala (PM) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica10.

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala PM.



Como se muestra en la gráfica 10, el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

1.6 Descripción de la Subescala SC: Sentimiento de culpabilidad, se refiere a la autopunición del niño.

Tabla 11

Puntajes de la Subescala SC antes y después del tratamiento.

| Subescala SC | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| n° de sujetos | DC | | |
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 8 | 2 | 6 |
| 2 | 8 | 6 | 2 |
| 3 | 8 | 7 | 1 |
| 4 | 8 | 7 | 1 |
| 5 | 8 | 5 | 3 |
| 6 | 9 | 6 | 3 |
| 7 | 6 | 6 | 0 |
| 8 | 8 | 3 | 5 |
| Media muestral | 7.87 | 5.25 | 2.62 |
| Desv.Estándar | 0.83 | 1.83 | 2.06 |

Como se observa de manera general hubo disminución en los resultados posterior al tratamiento al igual que los participantes a nivel individual. Sin embargo, la diferencia no es tan significativa como en las otras subescalas.

Tabla12

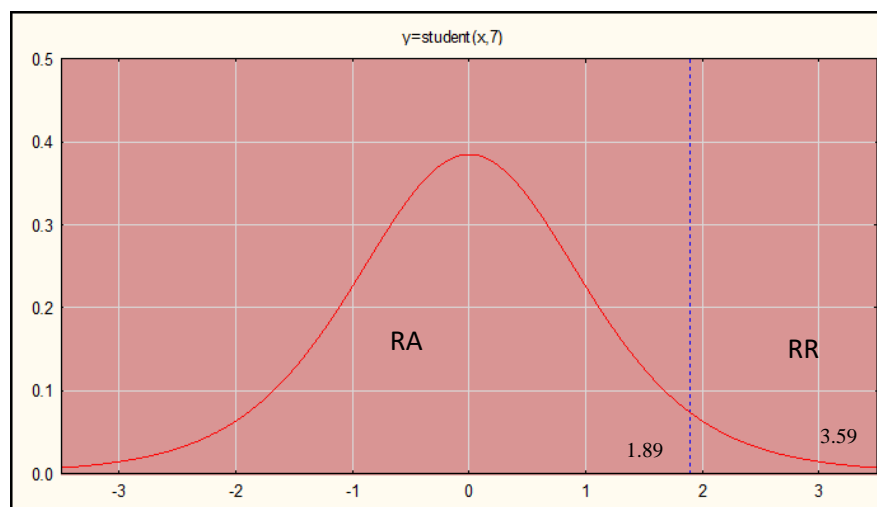
Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Subescala SC

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| <i>Estadístico t</i> | 3.59 |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | 1.89 |
| <i>Grados de libertad</i> | 7 |
| <i>Alfa</i> | 0.05 |

Decisión: Como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=3.59 > t_{\text{crítico}}=1.89$.

Gráfica 11

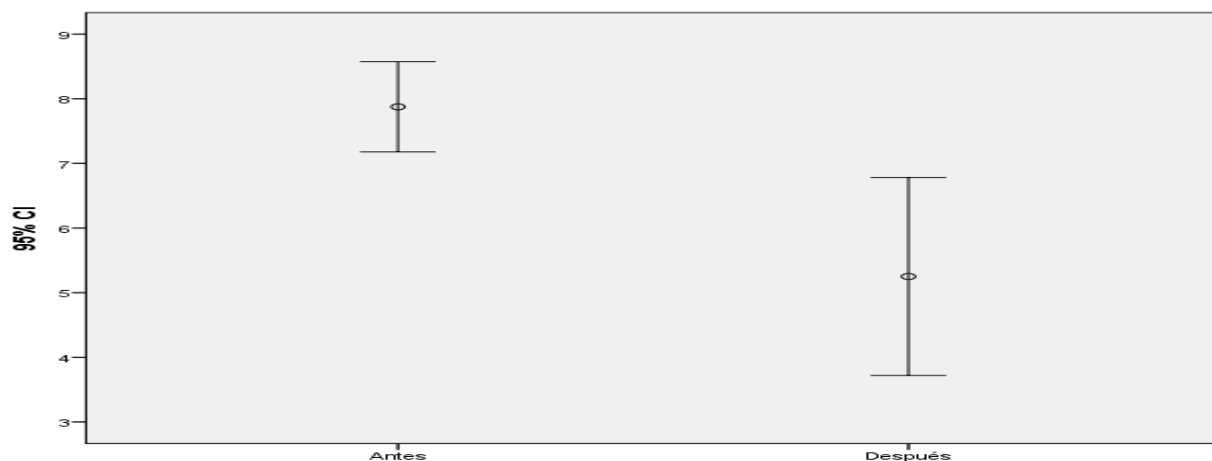
Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala SC



Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula. El puntaje promedio en el Decatipo en la subescala (SC) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica 12.

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala SC.



Como se muestra en la gráfica 12, el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

1.7 Descripción de la Subescala DV: depresivos varios, incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Tabla 13

Puntajes de la Subescala DV antes y después del tratamiento.

| Escala DV | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| n° de sujetos | DC | | |
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 9 | 3 | 6 |
| 2 | 8 | 5 | 3 |
| 3 | 8 | 5 | 3 |
| 4 | 8 | 3 | 5 |
| 5 | 7 | 4 | 3 |
| 6 | 9 | 5 | 4 |
| 7 | 8 | 7 | 1 |
| 8 | 5 | 2 | 3 |
| Media muestral | 7.75 | 4.25 | 3.5 |
| Desv.Estándar | 1.28 | 1.58 | 1.51 |

Se observa disminución en la segunda evaluación y diferencia al comparar ambas medias. Mostrando disminución en síntomas varios de depresión.

Tabla 14

Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas

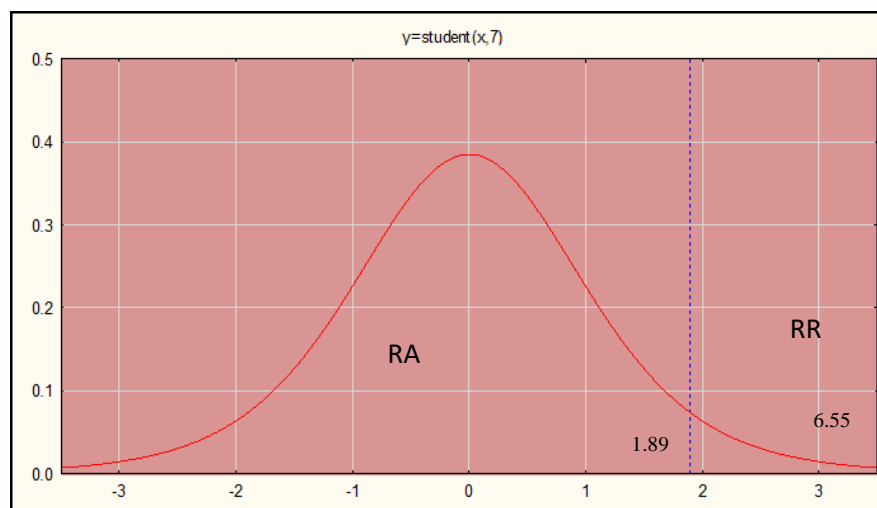
de la Subescala DV

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| <i>Estadístico t</i> | 6.55 |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | 1.89 |
| <i>Grados de libertad</i> | 7 |
| <i>Alfa</i> | 0.05 |

Decisión: como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=6.55 > t_{\text{crítico}}=1.89$

Gráfica 13

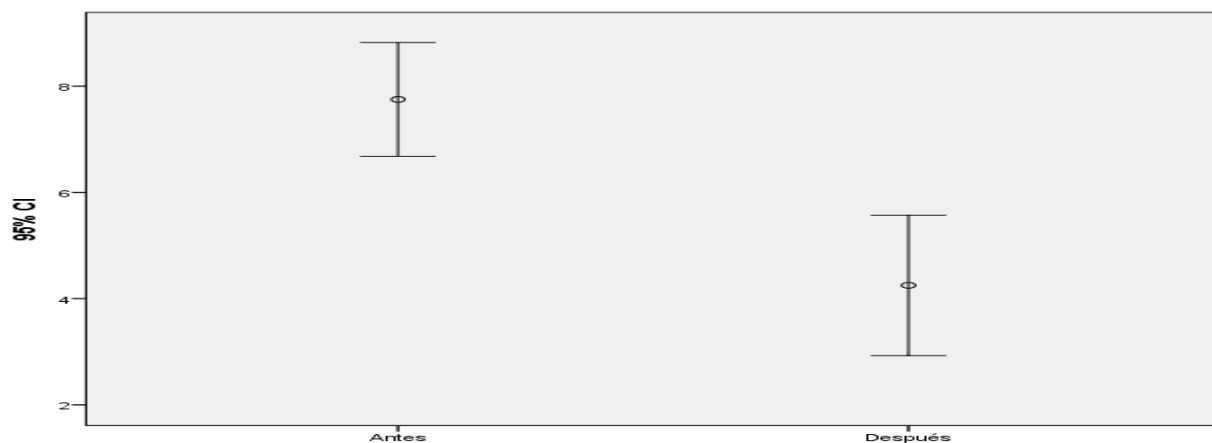
Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala DV



Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula. El puntaje promedio en el Decatipo en la subescala (DV) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica 14

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala DV.



Como se muestra en la gráfica 14, el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

1.8 Descripción de la Subescala PV: Positivos varios (diez elementos, puntuados en el polo opuesto), incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Tabla15

Puntajes de la Subescala PV antes y después del tratamiento.

| Subescala PV | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| n° de sujetos | DC | | |
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 10 | 7 | 3 |
| 2 | 9 | 6 | 3 |
| 3 | 9 | 7 | 2 |
| 4 | 5 | 5 | 0 |
| 5 | 7 | 6 | 1 |
| 6 | 9 | 4 | 5 |
| 7 | 8 | 6 | 2 |
| 8 | 8 | 6 | 2 |
| Media muestral | 8.12 | 5.87 | 2.25 |
| Desv.Estándar | 1.55 | 0.99 | 1.48 |

Como se observa de manera general hubo disminución en positivos varios, de los resultados posterior al tratamiento al igual que los participantes a nivel individual. Sin embargo, la diferencia no es tan significativa como en las otras subescalas.

Tabla16

Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas

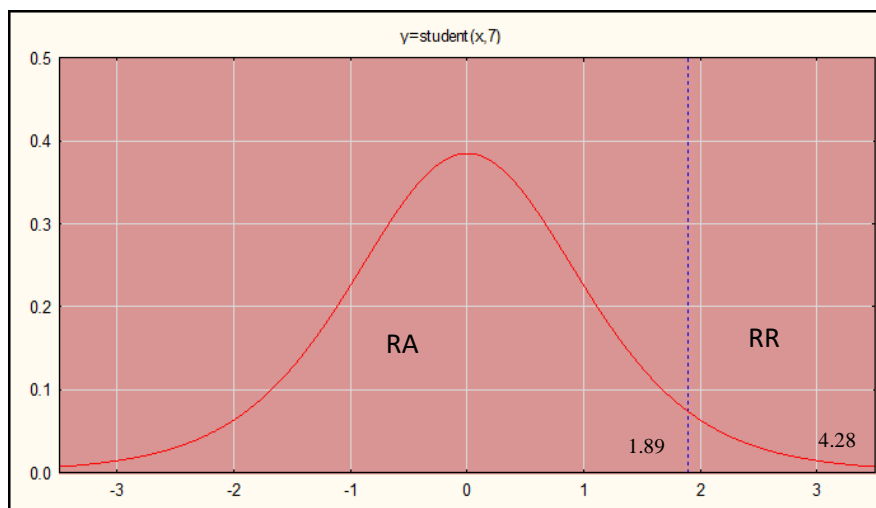
de la Subescala PV

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| <i>Estadístico t</i> | 4.28 |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | 1.89 |
| <i>Grados de libertad</i> | 7 |
| <i>Alfa</i> | 0.05 |

Decisión: como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=4.28 > t_{\text{crítico}}=1.89$.

Gráfica 15

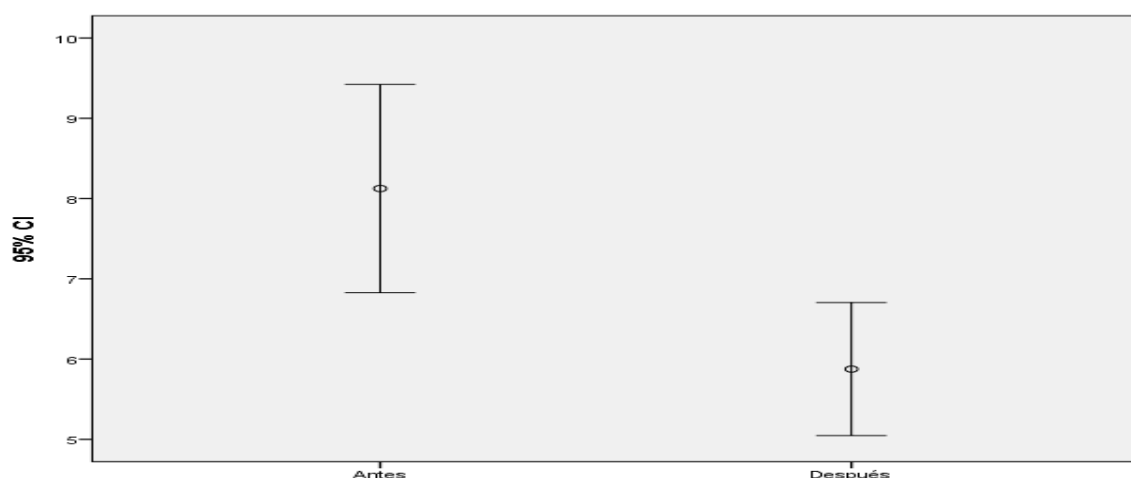
Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Subescala PV



Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula. El puntaje promedio en el Decatipo en la subescala (PV) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica 16

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la Subescala PV.



Como se muestra en la gráfica 16, el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

1.9 Descripción de la Escala TP: corresponde al total positivo que comprende la agrupación de las escalas dos subescalas AA y PV, de contenido positivo.

Tabla 17

Puntajes de la escala TP antes y después del tratamiento.

| Escala TP | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| n° de sujetos | DC | | |
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 9 | 5 | 4 |
| 2 | 10 | 7 | 3 |
| 3 | 9 | 5 | 4 |
| 4 | 8 | 4 | 4 |
| 5 | 7 | 6 | 1 |
| 6 | 8 | 5 | 3 |
| 7 | 8 | 5 | 3 |
| 8 | 8 | 5 | 3 |
| Media muestral | 8.37 | 5.25 | 3.12 |
| Desv.Estándar | 0.91 | 0.88 | 0.99 |

Como se observa de manera general hubo diferencia en las medias y mejoría a nivel individual. Sin embargo, la diferencia no es tan significativa como en las otras subescalas.

Tabla 18

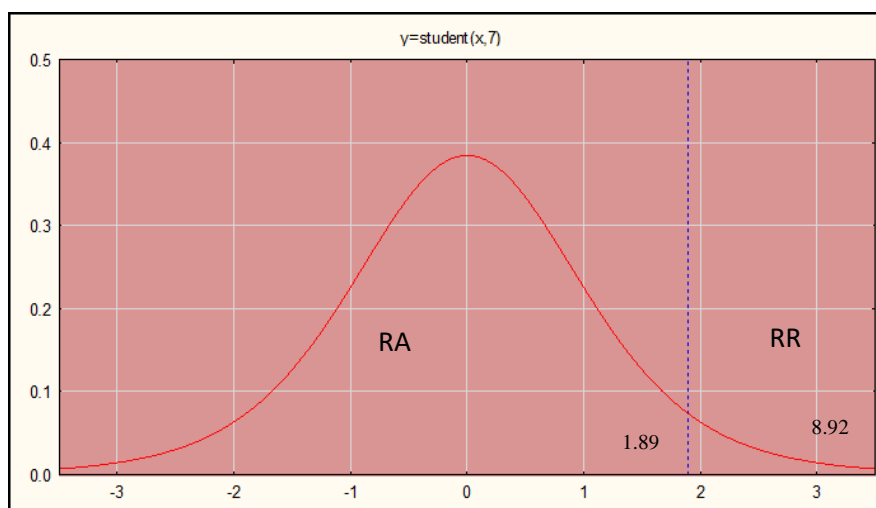
Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas de la Escala TP

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| <i>Estadístico t</i> | 8.92 |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | 1.89 |
| <i>Grados de libertad</i> | 7 |
| <i>Alfa</i> | 0.05 |

Decisión: como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=8.92 > t_{\text{crítico}}=1.89$

Gráfica 17

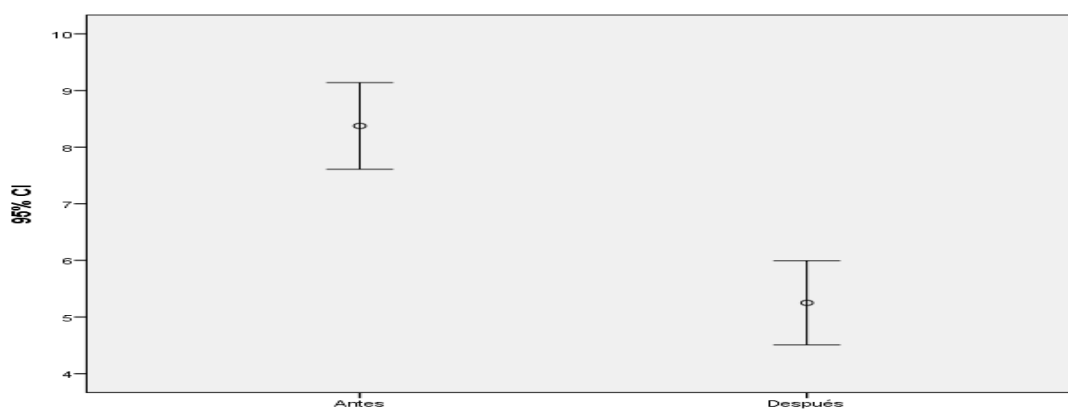
Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Escala TP



Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula. El puntaje promedio en el Decatipo en la escala (TP) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica 18

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la escala TP.



Como se muestra en la gráfica 18, el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

1.10 Descripción de la Escala TD: corresponde al Total Depresivo que comprende la agrupación de las escalas 6 subescalas RA, PS, AE, PM, SC y DV de contenido depresivo.

Tabla 19

Puntajes de la escala TD antes y después del tratamiento.

| Escala TD | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------------------|
| n° de sujetos | DC | | |
| | Antes | Después | Diferencia |
| 1 | 8 | 2 | 6 |
| 2 | 10 | 6 | 4 |
| 3 | 9 | 6 | 3 |
| 4 | 8 | 4 | 4 |
| 5 | 8 | 3 | 5 |
| 6 | 9 | 5 | 4 |
| 7 | 9 | 5 | 4 |
| 8 | 9 | 2 | 7 |
| Media muestral | 8.75 | 4.12 | 4.62 |
| Desv.Estándar | 0.70 | 1.64 | 1.30 |

Observando los resultados es la escala muestra una disminución significativa, donde se toma en cuenta los totales de indicadores depresivos, reflejándose mejoría en el estado de ánimo de los participantes

Tabla 20.

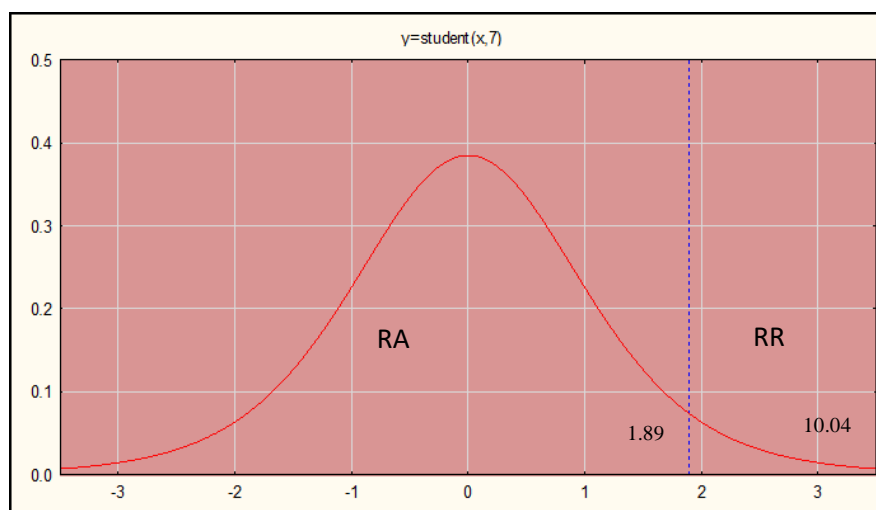
Cálculo del estadístico de la prueba de comparación de medias para muestras relacionadas

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| <i>Estadístico t</i> | <i>10.04</i> |
| <i>Valor crítico de t (una cola)</i> | <i>1.89</i> |
| <i>Grados de libertad</i> | <i>7</i> |
| <i>Alfa</i> | <i>0.05</i> |

Decisión: como el valor crítico es menor que el valor calculado rechazado la hipótesis nula $t_{\text{calculado}}=10.04 > t_{\text{crítico}}=1.89$.

Gráfica 19

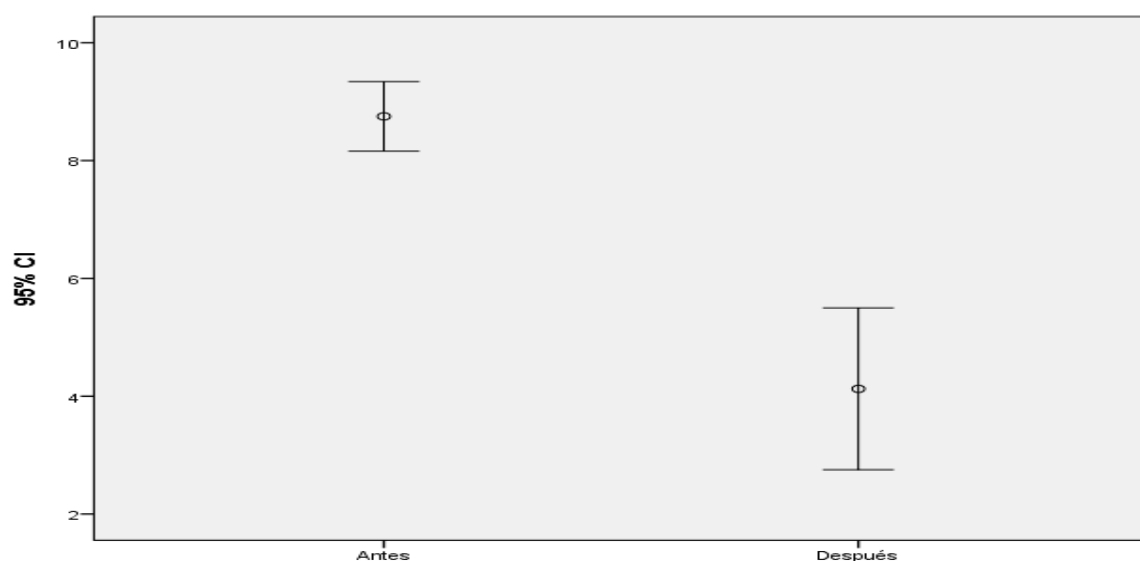
Región de Rechazo de la Hipótesis Nula para la Escala TD



Conclusión: como el valor calculado cae en la región de rechazo (RR) rechazamos la hipótesis nula. El puntaje promedio en el Decatipo en la escala (TD) de los adolescentes que recibieron el programa cognitivo conductual en los rasgos de depresión es menor después de finalizado el tratamiento.

Gráfica 20

Comparación de la media del puntaje Decatipo (DC) antes y después del tratamiento en la escala TD.



Como se muestra en la gráfica 20, el puntaje promedio del Decatipo es mayor antes que después del tratamiento.

2. Conceptualización de los casos:

Consiste en un registro, donde se describen aspectos que son claves para el análisis de un caso clínico. Incluye la descripción de la impresión diagnóstica, datos relevantes y errores cognitivos identificados.

2.1 Caso 1. A.A. (13 años)

1. Presentación multiaxial de acuerdo con el CIE-10:

EJE 1: Diagnóstico Clínico

No hay indicios de trastorno

EJE 2: Discapacidad (puntuación de 0-5)

A. Cuidado personal 0

B. Ocupación 0

C. Familiar 2

D. Social 1

EJE 3: Factores ambientales y circunstanciales

-Problemas relacionados con los padres Z63.1

-Problemas relacionados a vivienda y condiciones económicas Z59.

2. Datos relevantes:

-Vive con ambos padres, pero mantienen una relación disfuncional y es la hermana del medio.

-Sufrió de leishmaniasis y estuvo en tratamiento hasta los 12 años, tiene cicatrices en los muslos y en los glúteos, aún le causan dolores fuertes y que ha afectado su autoestima.

-Buen rendimiento académico.

3. Errores cognitivos:

“Por más que me esfuerce, para mis papás todo lo que hago sale mal”

“Los demás tienen que aceptar lo que quiero, sino no son buenos conmigo”

2.2 Caso 2. V.B. (13años)

1. Presentación multiaxial de acuerdo al CIE-10:

EJE 1: Diagnóstico clínico

1. Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado F33.1

2. Bulimia nerviosa F50.2

3. Daño intencionalmente por un objeto cortante X78.

EJE 2: Discapacidad (Puntuación de 0-5)

A. Cuidado personal 3

B. Ocupación 2

C. Familiar 4

D. Social 4

EJE 3: Factores ambientales y circunstanciales

-Problemas relacionados con los padres Z63.1

-Habilidades sociales inadecuadas no clasificadas en otro lugar Z73.4

2. Datos relevantes:

-Antecedentes de atención en salud mental, pero abandonó el tratamiento

- Vive con ambos padres, pero tiene pensamientos de autodesprecio que revive continuamente y le hacen sentir mal en situaciones vividas con la madre.

- Conductas y preferencias que no coincide con sus pares y hacen que se sienta rechazada, su conducta tiende al aislamiento y estar a la defensiva.

3. Errores cognitivos:

“Siento que no soy atractiva y nadie se fijará en mí”

“Nunca podré ser feliz si no tengo a nadie que me quiera”

Observación: El caso se refirió para atención en salud mental y se brindó el seguimiento y acompañamiento posterior.

2.3 Caso 3. M.G. (15 años)

1. Presentación multiaxial de acuerdo con el CIE-10:

EJE 1: Diagnóstico clínico

1. Episodio depresivo moderado F.32.1
2. Daño intencionalmente por un objeto cortante X78

EJE 2: Discapacidad (puntuación de 0-5)

- A. Cuidado personal 3
- B. Ocupación 3
- C. Familiar 4
- D. Social 3

EJE 3: Factores ambientales y circunstanciales

-Soporte familiar inadecuado Z63.2

-Historia familiar de abuso de otro tipo de sustancias psicotrópicas Z81.3

-Problemas relacionados con la educación y la alfabetización Z55.

2. Datos relevantes:

-Padres separados, relación muy conflictiva con la madre y hermanos.

-Madre con indicadores posibles de depresión

-Antecedentes de atención por psicología, como parte del protocolo de Embarazo en la adolescencia.

-Deficiencias académicas y antecedentes de repitencia.

3. Errores cognitivos:

“Me siento muy mal si las cosas no suceden en la forma que quiero que sucedan”

“Yo necesito el amor y la aprobación de los demás para ser feliz”

Observación: El caso se refirió para atención en salud mental y se brindó el seguimiento y acompañamiento.

2.4 Caso 4. R.R. (14años)

1. Presentación multiaxial de acuerdo con el CIE-10:

EJE 1: Diagnóstico clínico

Episodio depresivo Leve F32.0

Asma J45.

EJE 2: Discapacidad (puntuación de 0-5)

A. Cuidado personal 1

B. Ocupación 0

C. Familiar 3

D. Social2

EJE 3: Factores ambientales y circunstanciales

-Problemas relacionados con los padres Z63.1

-Problemas relacionados a vivienda y las condiciones económicas Z59.

-Historia familiar de abuso de alcohol Z81.1

2. Datos relevantes:

- Vive con ambos padres, pero tienen una relación conflictiva, en especial con el padre y posible historia de maltrato de su madre.
- Antecedentes de atención por psicología, como parte del protocolo de Embarazo en la adolescencia.
- Relaciones afectivas de pareja inestable
- Buen rendimiento académico

3. Errores cognitivos:

“Siempre soy la culpable de lo que pasa en casa”

2.5 Caso 5. M.M. (14 años)

1. Presentación multiaxial de acuerdo con el CIE-10:

EJE 1: Diagnóstico clínico

No hay indicios de trastorno

EJE 2: Discapacidad (puntuación de 0-5)

- A. Cuidado personal 0
- B. Ocupación 0
- C. Familiar2
- D. Social2

EJE 3: Factores ambientales y circunstanciales

-Problemas relacionados con los padres Z63.1

-Ausencia de un miembro de la familia Z63.3

2. Datos relevantes:

-Padre biológico ausente, nunca lo ha conocido. Vive con su madre y padrastro y hermanos.

- Conflictos en la relación con la madre.

-Tiende a mostrarse ansiosa e insegura. Baja autoestima.

3. Errores cognitivos:

“Debo caerle bien a todos, para sentirme importante”

“Soy más boba que las chicas de mi edad”

2.6 Caso 6 S.G. (15 años)

1. Presentación multiaxial de acuerdo al CIE-10:

EJE 1: Diagnóstico clínico

Episodio depresivo leve F32.0

EJE 2: Discapacidad (puntuación de 0-5)

A. Cuidado personal 1

B. Ocupación 3

C. Familiar3

D. Social3

EJE 3: Factores ambientales y circunstanciales

- Problemas relacionados con los padres Z63.1
- Pérdida de relaciones afectivas en la infancia Z63.3
- Problemas relacionados con la educación y alfabetización Z55.
- Problemas con la vivienda y las condiciones económicas Z59.

2. Datos relevantes:

- Vive únicamente con su padre, con el que muestra una disciplina inadecuada.
- Grandes conflictos con la madre, muestra pensamientos de culpa y pensamientos continuos sobre su historia, que revive continuamente y se reprocha el abandono de su madre desde pequeña. La frecuenta de manera intermitente, por lo general es iniciativa de ella y terminan en discusiones.
- Antecedentes de atención en psicología cuando niña, por temas relacionados a la custodia.
- Sufre de anemia y operada recién de apendicitis
- Inteligencia Limítrofe o lento aprendizaje, antecedentes de deficiencias académicas.
- Reservada y con baja autoestima.

3. Errores cognitivos:

- “Las personas se alejen de mí, me merezco estar sola”
- “La vida debe ser justa conmigo”

2.7 Caso7 Y.R. (14 años)

1. Presentación multiaxial de acuerdo con el CIE-10:

EJE 1: Diagnóstico clínico

Distimia F34.1

Asma J45.

EJE 2: Discapacidad (puntuación de 0-5)

A. Cuidado personal 1

B. Ocupación 0

C. Familiar2

D. Social3

EJE 3: Factores ambientales y circunstanciales

-Pérdida de relaciones afectivas en la infancia Z63.3

-Problemas con la vivienda y las condiciones económicas Z59.

2. Datos relevantes:

-Vive con su abuela materna y tío, que la han criado desde que nació.

-Padre biológico murió a los 5 meses de nacida.

-Abandono de la madre, solo conviven en ocasiones en verano y le afecta que sus hermanos si puedan estar con ella y ella no.

-Buen rendimiento académico y comportamiento

-Se muestra pesimista o negativa, con tristeza y sensación de vacío desde hace años. Se le dificulta disfrutar de las actividades que son propias de su edad.

3. Errores cognitivos:

“Soy incapaz de divertirme”

“Yo debo preocuparme por las cosas malas que pueden suceder en mí familia.”

2.8 Caso 8 C.R. (15 años)

1. Presentación multiaxial de acuerdo con el CIE-10:

EJE 1: Diagnóstico clínico

Episodio depresivo leve F32.0

EJE 2: Discapacidad (puntuación de 0-5)

A. Cuidado personal 2

B. Ocupación 2

C. Familiar3

D. Social3

EJE 3: Factores ambientales y circunstanciales

-Problemas relacionados con los padres Z63.1

-Conducta sexual de alto riesgo Z72.5

2. Datos relevantes:

- Mala relación con sus padres, principalmente con el padre, siente que la rechaza y la trata con gritos e insultos.

-Historia de maltrato en la madre

-Muestra conflictos e irritabilidad con sus hermanos, posibles celos fraternos, al sentir que su padre si les brinda atención a ellos.

3. Errores cognitivos:

“Yo no puedo cambiar mi forma de ser, así crecí y así seré.”

“Siempre soy la culpable de lo que pasa en casa”

DISCUSIÓN

Al realizar el análisis de los resultados iniciales para obtener la muestra, alrededor del 18% de adolescentes mostraron indicadores de depresión en un solo nivel escolar y el 100% de los adolescentes que lo reflejaron corresponden al sexo femenino. Lo cual coincide con lo señalado por Lewinson (1985), que indica que los factores de vulnerabilidad para la depresión podrían incluir ser mujer, tener historia de depresiones anteriores y poseer una baja autoestima. Por otro lado, Cantwell y Carlson (1987) señala sobre las mujeres y las personas que en ciertos periodos del ciclo de vital (adolescencia y menopausia) y en general los periodos de crisis o cambios importantes parecen ser las más afectadas por la depresión.

De igual manera nuestros resultados también coinciden con el estudio del Institute for health Metrics and Evaluation y la base de datos del Ministerio de Salud de Panamá, que señala que para el 2015, de los 3,772 casos de depresión diagnosticados, 2918 fueron en mujeres y 854 en hombres, es decir, de cada 10 diagnósticos, 8 fueron mujeres. Siendo alrededor del 77%.

Por otro lado, entre los datos obtenidos de los padres y adolescentes, es importante señalar que la mitad de la muestra presentan dificultades económicas, siendo datos consistentes con lo señalado por la investigación del Departamento de Psicología y

Neurociencia de la Universidad de Duke, por Pandolfi (2016) en la que reportaron en un rango de edades de adolescentes similares al nuestro, que el bajo nivel socioeconómico se relaciona con un mayor grado de metilación en el gen SLC6A4 (que origina a la proteína transportadora de serotonina). Y está muy relacionada a los síntomas depresivos.

En cuanto a los errores cognitivos propuestos por Beck (1976), se identificaron en nuestra investigación con mayor frecuencia, la generalización excesiva, inferencia arbitraria y personalización, que son similares a las señaladas por Nezu, Nezu y Lombardo (2006) en individuos propensos a la depresión, indicando la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación/minimización, personalización y pensamiento dicotómico.

Con respecto a la elaboración y ejecución del programa terapéutico cognitivo conductual que se modificó y validó, podemos señalar que los datos estadísticos indican claramente que los adolescentes que lo recibieron obtuvieron menores puntuaciones en los rasgos de depresión después de finalizar el tratamiento, demostrando su efectividad en el grupo de participantes.

En este programa cognitivo conductual es importante resaltar aspectos que a nuestro juicio facilitan la intervención con los adolescentes, como el seguir un esquema de pasos, manejar los tiempos, buscar inspirar confianza al grupo, resaltar el trabajo en equipo,

destacar la actitud positiva, fomentar la discusión grupal, la medición continúa de los módulos tratados, hacer resúmenes de la información, tiene preguntas como activadores y usa un poco el humor con respeto, que permite demostrar además rol activo que podemos tener los psicólogos, pero sin perder de vista que hay que empoderarlos, que ellos son capaces de cambiar sus pensamientos y que en la medida que estos sean más flexibles, tendrán impacto positivo en sus actividades y en las relaciones interpersonales.

Al comparar los resultados obtenidos con la investigación realizada en Panamá, por Lucas (2006), sobre la eficacia de una técnica cognitiva conductual en la prevención de la depresión en adolescentes, donde también se mostraron diferencias en las medias del grupo experimental en sus puntuaciones antes y después, con mejoría en los síntomas.

Con relación a las subescalas podemos señalar que las diferencias más significativas antes y después fueron las relacionadas con Pensamiento de Muerte, Respuesta Afectiva, Problemas Sociales, Autoestima y Depresivos Varios.

La subescala de Sentimientos de Culpabilidad fue la que menos diferencia significativa tuvo. Esto tiene relación con los antecedentes de conflictos en las relaciones con sus padres y que en esta subescala los ítems hacen énfasis en esa relación. Además, es interesante señalar que de hecho los errores cognitivo de mayor frecuencia estaban relacionados al hecho de pensar que son los culpables de lo que pasa en casa.

Las entrevistas a los adolescentes participantes permitieron identificar como son los patrones de relación con los padres. Reflejando que seis de los ocho participantes, manifiestan una relación conflictiva con sus padres. Mostrando ausencia física de ambos o uno de ellos y en otros casos contaban con la presencia física, más no la afectiva.

En cuanto a los padres, mediante la entrevista describieron en la mayoría que la relación con sus hijos era difícil, se mostraban irritables, desobedientes y rebeldes a seguir las reglas y cumplir con responsabilidades en casa.

Los resultados con los adolescentes participantes nos permiten señalar la importancia de seguir trabajando con esta población y ofrecerles una alternativa de tratamiento que constituya una inversión positiva y una reducción del impacto negativo que puede tener la depresión en la ejecución de su proyecto de vida.

Además, tomar conciencia que la depresión no tratada o insuficientemente tratada es una carga grave para muchos adolescentes y sus familias y el impacto a menudo se siente durante muchos años después del diagnóstico.

CONCLUSIONES

- Luego de aplicado el Programa Cognitivo Conductual se demostró la eficacia de la intervención en el grupo de participantes, observándose una disminución significativa en la expresión de los indicadores depresivos.
- Las diferencias más significativas antes y después del tratamiento fueron las relacionadas con las subescalas de preocupación por la muerte, problemas sociales, respuesta afectiva, autoestima y depresivos varios.
- Los participantes obtuvieron además disminución en las puntuaciones de las escalas relacionadas con los aspectos positivos, que reflejan mejorías en cómo el individuo percibe su vida, en temas de felicidad, motivación y apoyo externo.
- Los adolescentes en la subescala de sentimientos de culpa mostraron mejoría, pero no fue tan significativa como las demás, y los errores cognitivos más frecuentes fueron los relacionado con sus padres. Lo que nos muestra que los adolescentes participantes presentan relaciones conflictivas y carentes de afecto con sus padres.
- Cabe señalar que los adolescentes que mostraron indicadores de depresión fueron en su totalidad del sexo femenino.

- Es importante señalar la necesidad de desarrollar e implementar un tipo de terapia psicológica eficaz, como la que se ha desarrollado, no muy prolongada, de fácil comprensión en su contenido y que se pueda ajustar a la necesidad de los adolescentes de nuestro medio.
- Es necesario considerar la intervención temprana y oportuna en los adolescentes, de cara a un periodo tan crucial, donde se puede incrementar la vulnerabilidad, no solo por los cambios biológicos sino también por los cambios psicológicos. Cambios relacionados con el enfoque de pensamiento e interpretación de la vida, desafiando en ocasiones las figuras de autoridad como padres y docentes, manifestando irritabilidad y de tener que lidiar con la presión de los estereotipos de persona ideal que le impone la sociedad y la fuerte influencia de encajar y ser aceptado por sus pares.
- Los errores cognitivos identificados estaban muy relacionados al concepto que tienen de sí mismos y sus relaciones con los demás. Siendo aspectos que se trataron dentro del programa, con los módulos de pensamientos y gente.
- Los conflictos a nivel familiar, transmitido tanto por padres como por los adolescentes a través de las entrevistas, señalan varios factores que pueden ser indicadores de desencadenantes de síntomas depresivos, tales como: problemas socioeconómicos, embarazos precoces, antecedentes de madres con depresión y violencia intrafamiliar, así como la ausencia o abandono afectivo de ambos o una de las figuras parentales.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados encontrados en esta investigación, se pueden mejorar las estrategias de intervención con adolescentes que muestran indicadores de estar deprimidos atendiendo a las siguientes recomendaciones.

- Realizar intervenciones paralelas a padres y madres de familia de los adolescentes deprimidos detectados. Ya que una relación paternofilial deteriorada puede contribuir a la aparición y al mantenimiento de los episodios depresivos en los adolescentes.
- Desarrollar talleres con una intervención mínima de al menos dos veces al año para entrenar a padres y docentes en técnicas de solución de conflictos y de manejo de las emociones para ayudar a los adolescentes, tanto en casa como en la escuela.
- Considerar realizar programas preventivos en los escenarios escolares, principalmente con las adolescentes, ya que se observa en los datos estadísticos, que muestran ser más propensas a manifestar indicadores de depresión, pero sin perder que a nivel general los varones presentan un mayor número de suicidios.

- Recomendamos replicar este estudio aumentando el número de sesiones, así como el tamaño de la muestra para aumentar la validez de las pruebas estadísticas.
- Realizar varias sesiones de seguimiento con cada uno de los adolescentes, para potenciar la posibilidad de una mejoría más duradera.
- Realizar las sesiones de intervención del programa en verano, de manera continua para mantener la secuencia en las actividades y minimizar los distractores.
- Considerar en el manejo con adolescentes, la importancia de involucrarlos en el proceso y potenciar el aprendizaje entre pares.
- Tener en cuenta tanto el Ministerio de Educación, y Ministerio de Salud, invertir más recursos en la promoción y prevención de la depresión en los adolescentes.
- Recomendamos la utilización del presente programa como referencia para trabajar con adolescentes que muestren indicadores de depresión. Quedando a disposición de la Dirección Nacional de Servicios Psicoeducativos del Ministerio de Educación. Siendo aplicado estrictamente por psicólogos clínicos que tenga pleno conocimiento del enfoque cognitivo conductual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. LIBROS

Bernad, C. (2000). *Psicopatología del adolescente*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.

Blum, R. (2000). *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. México: Editorial McGraw Hill.

Caballo V. (1997). *Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual para los trastornos psicológicos*. (1º ed.) España: España Editores S.A.

Cantwell, D. y Carlson, G. (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona.

Caro, I. (2002). *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. España: Editorial Paidós.

Comeche, M. (2005). *Depresión en adolescentes. Programa LIVE*. En: Vallejo, M. y Comeche, M. (Eds.). *Psicología Clínica y de la Salud. Avances y perspectivas*. Madrid: Minerva Ediciones.

Diccionario Enciclopédico Parramón (1992). *Primer tomo* (1ª. ed.) España: Parramón Ediciones, S.A.

Dryden, W. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao, España: Editorial Desdée de Browner, S. A.

Fierro, A. (1988). *Psicología clínica, Cuestiones Actuales*. Málaga, España: Ediciones pirámides, S.A.-Madrid.

Gardner, H. (1996). *La nueva ciencia de la mente*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Gispert, C. (1999). *Psicología del niño y del adolescente*. Barcelona: Océano grupo editorial, S.A.

Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10 (2008). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial médica panamericana S.A.

Hernández S. y Otros (2003). *Metodología de la Investigación*. (3a.ed.), México: Editorial Mc Graw Hill.

León O. y Montero I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. (3a.ed.). Madrid, España: Editorial Mc Graw Hill.

Lynn, C. (2009). *SOS, Ayuda con las Emociones: Como Manejar la Ansiedad, la Ira y la Depresión*. (2a. ed.). Estados Unidos.

Nezu, A., Nezu C. y Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseños de Tratamientos Cognitivos Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V.

Papalia, D. (2005). *Desarrollo Humano*. (9°. ed.) Mexico: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Rice, F. (2001). *Adolescencia, Desarrollo, Relaciones Y Cultura*. (9°.ed.) Madrid, España:

Editorial Prentice-Hall

Rojas, E. (2006). *“Adios depresión”*. En *la búsqueda de la felicidad*. Madrid, España: Editorial temas de hoy S.A.

Ruiz, J. y Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. España.

Spiegel, M. (2000). *Estadística*. (2ºed.) México: Editorial Mc Graw Hill

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México.

II. TESIS

Calle, D. y Cabrera, P. (2012). *Proyecto de intervención terapéutica en adolescentes con depresión y ansiedad desde el modelo Cognitivo Conductual*. Tesis de Maestría, Universidad de Azuay, Ecuador.

Donato, M. (2006). *Programa terapéutico Cognitivo Conductual orientado al manejo de la conducta asertiva, aplicado a un grupo de adolescentes de sexo femenino de la fundación hogar niñas de la capital*. Tesis de licenciatura, Universidad de Panamá, Panamá.

Lucas, K. (2006). *Eficacia de una técnica Cognitiva Conductual en la prevención de la depresión en adolescentes*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Panamá, Panamá.

Madrid, C. (2004). *Una intervención terapéutica en adolescentes con ansiedad y depresión*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Panamá, Panamá.

Robles, M. (2002). *Programa grupal de intervención psicológica para el desarrollo personal y social en la adolescencia*. Universidad de Panamá, Panamá.

Rubio, J. (2015). *Aplicación De La Terapia Cognitivo-Conductual En Una Paciente Con Depresión Doble Y Rasgos Obsesivos De Personalidad*. Tesis de Maestría en Clínica. Universidad del Norte de Barranquilla, Colombia.

Sánchez, C. (2004). *Una intervención terapéutica en adolescentes con ansiedad y depresión*. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Panamá, Panamá.

Smith, Y. (2017). *Terapia Cognitiva Conductual aplicada en adolescentes con Depresión*. Universidad de Panamá, Panamá.

III. SIMPOSIO

Bradshaw, A. (abril de 2017). *#Hablemos de depresión*. Simposio llevado a cabo en conmemoración al 7 de abril Día mundial de la salud 2017. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Panamá, Panamá.

IV. PÁGINAS DE INTERNET

Academia Nacional de Medicina Mexico (2016). *Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento*. *Boletín de Información Clínica y Terapéutica*. Recuperado de [https:// Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento - SciELOwww.scielo.org.mx > scielo](https://www.scielo.org.mx/scielo)

Asociación Americana de Psicología (2019). *Superando la depresión*. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos-depresivos>

Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. (2013). *Depresión en adolescentes*. Recuperado de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm> Depresión en adolescentes

Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>.

Duarté, Y., Torres, P. y Laboy, S. (2015). *Retos en la intervención con adolescentes puertorriqueños/as que manifiestan comportamiento suicida*. Recuperado de [https:// retos en la intervención con adolescentes puertorriqueños/as ...www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4686126](https://retos.en.la.intervencion.con.adolescentes.puertorriqueños/as...www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4686126)

García, J. (s. f.) *La Terapia Cognitiva de Aaron Beck*. Recuperado de [https:// La Terapia Cognitiva de Aaron Beck - Psicología y Mente](https://La.Terapia.Cognitiva.de.Aaron.Beck-Psicologia.y.Mente)

Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. (2016). *DSM5*. EE.UU.: Recuperado de [https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/.../Spanish_DSM5 Update2016.pdf](https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/.../Spanish_DSM5Update2016.pdf)

Mental Health America (2020). *¿Qué es la depresión?*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/index.shtml>.

Mental Health America (2016). *¿Cuáles son los factores de riesgo de la depresión?* Recuperado de <http://NIMH> » Depresión: Informacion Basicawww.nimh.nih.gov » health espanol » depresion-sp

Montagud, N. (s.f). *Modelo ABC de Ellis: ¿Qué es y cómo describe los pensamientos?* España. Recuperado de <https://Modelo ABC de Ellis - Psicología y Mente>.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicidio*. Recuperado de <https://Suicidio - World Health Organization>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud*

mental del adolescente. Recuperado de <https://argentina.campusvirtualsp.org/salud-mental-del-adolescente>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión: hablemos, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad*. Recuperado de [https:// OPS/OMS | "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la ...www.paho.org > ...](https://OPS/OMS | \)

Pandolfi, M. (2016). *La pobreza y la relación con la depresión en la adolescencia*. Recuperado de [https:// La pobreza y la relación con la depresión en la adolescencia ...www.ellitoral.com > 2016/06/28 > opinion > OPIN-02](https://La pobreza y la relación con la depresión en la adolescencia ...www.ellitoral.com > 2016/06/28 > opinion > OPIN-02)

RPP Noticias, (2014). *Efectos de la depresión en el colegio*. Recuperado de <https://rpp.pe/lima/actualidad/efectos-de-la-depresion-en-el->

Rosselló, J. y Bernal, G. (2007). *Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitiva-Conductual formato grupal (manual para terapeutas), Adaptación para Adolescentes Puertorriqueños*. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. Recuperado de https://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/grupal_participantes_esp.pdf

Royal college of psychiatrists (2009). *La terapia cognitivo-conductual (TCC)*. Londres. Recuperado:https://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/translations/spanish/tccc_bt.aspx

Sánchez, G. (2017). *Las ideas irracionales de Albert Ellis*. España. Recuperado: [https://Las ideas irracionales de Albert Ellis — La Mente es Maravillosa](https://Las%20ideas%20irracionales%20de%20Albert%20Ellis%20-%20La%20Mente%20es%20Maravillosa)

Valdés, A. (2014). *El tratamiento de la depresión de Albert Ellis*. México. Recuperado: [https://\(PDF\) El tratamiento de la depresión de Albert Elliswww.researchgate.net › publication › 327219453_El tratamiento de la...](https://(PDF)%20El%20tratamiento%20de%20la%20depresi%C3%B3n%20de%20Albert%20Ellis%20www.researchgate.net/publication/327219453_El_tratamiento_de_la...)

Wikipedia enciclopedia libre (s.f.). *Historia de la Depresión*. Recuperado de [https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_depresión](https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_depresi%C3%B3n)

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. Recuperado de http://www.newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

V. LIBROS ELECTRÓNICOS

Beck, A., Rush J., Shaw, B. y Emery Gary (s.f.). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Recuperado de <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>

Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Recuperado de [http/ cideps.com/.../CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-tras...](http://cideps.com/.../CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-tras...)

Caballo V. y Simón M. (2001- 2002). *Manual De Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Recuperado de [http//: Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente - codajicwww.codajic.org › sites › www.codajic.org › files](http://Manual%20de%20Psicologia%20Clinica%20Infantil%20y%20del%20adolescente%20-%20codajicwww.codajic.org/sites/www.codajic.org/files)

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. España. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Hernández, R, Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*.

Recuperado de [http//:Metodología de la investigación - Sexta Edición - Observatorio...](http://Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20-%20Sexta%20Edici%C3%B3n%20-%20Observatorio...) observatorio.epacartagena.gov.co › uploads › 2017/08

Hernández, N. y Sánchez, J. (2016). *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud*. Recuperado de <http://www.librosenred.com/.../manualdepsicoterapiacognitivoconductualparatrastornosdelas...>

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo- Conductual*. Recuperado <https://www.researchgate.net/.../230766621>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Recuperado de http://Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en...portal.guiasalud.es › GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_complPDF

VI. PUBLICACIONES PERIÓDICAS ONLINE

Anónimo. (15 de septiembre 2013). *Salud mental en adolescentes*. Periódico La Prensa. Recuperado: http://www.prensa.com/Salud-mental-adolescentes_0_3754124629.html.

Castillero, V. (6 de mayo 2019). *¿Qué está pasando con la salud mental?* Periódico La Estrella de Panamá. Recuperado de <http://laestrella.com.pa/vida-cultura/salud/esta-pasando-salud-mental/24119190>

Cubillas, M. (2014). *La Depresión Ligado Al Suicidio en Adolescentes en Panamá*. Recuperado de <http://www.scribd.com/.../La-Depresion-Ligado-Al-Suicidio-en-Adolencentes-en-Pan...elsiglo.com/panama/epidemia-depresion-jovenes-panamenos/23944438>.

Zeballos, E. (7 de junio 2016). *Epidemia de depresión en jóvenes panameños*. Periódico El Siglo Recuperado de <http://www.elsiglo.com/panama/epidemia-depresion-jovenes-panamenos/23944438>.

ANEXOS

CDS Hoja de respuestas

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____

| | |
|-----|-------------------|
| ++ | Muy de acuerdo |
| + | De acuerdo |
| +/- | No estoy seguro |
| - | En desacuerdo |
| -- | Muy en desacuerdo |

SEÑALE SOLO UNA RESPUESTA

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 9... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 17... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 25... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 33... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 41... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 49... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 52... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 53... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 54... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 55... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 56... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 57... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 58... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 59... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 60... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 61... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 62... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 63... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 64... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 65... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 66... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | |
|----|----|
| | PD |
| AA | |
| RA | |
| PS | |
| AE | |
| PM | |
| SC | |
| DV | |
| PV | |
| TP | |
| TD | |

Valores Críticos de la Distribución de la t de Student

| Grados de libertad | Nivel de significación para un extremo de la prueba | | | | | | | |
|--------------------|---|-------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | 0.250 | 0.100 | 0.050 | 0.025 | 0.010 | 0.005 | 0.0025 | 0.0005 |
| | Nivel de significación para los dos extremos de la prueba | | | | | | | |
| | 0.500 | 0.200 | 0.100 | 0.050 | 0.020 | 0.010 | 0.005 | 0.001 |
| 1 | 1.000 | 3.078 | 6.314 | 12.706 | 31.821 | 63.657 | 27.321 | 536.627 |
| 2 | 0.816 | 1.886 | 2.920 | 4.303 | 6.965 | 9.925 | 14.089 | 31.599 |
| 3 | 0.765 | 1.638 | 2.353 | 3.182 | 4.541 | 5.841 | 7.453 | 12.924 |
| 4 | 0.741 | 1.533 | 2.132 | 2.776 | 3.747 | 4.604 | 5.598 | 8.610 |
| 5 | 0.727 | 1.476 | 2.015 | 2.571 | 3.365 | 4.032 | 4.773 | 6.869 |
| 6 | 0.718 | 1.440 | 1.943 | 2.447 | 3.143 | 3.707 | 4.317 | 5.959 |
| 7 | 0.711 | 1.415 | 1.895 | 2.365 | 2.998 | 3.499 | 4.029 | 5.408 |
| 8 | 0.706 | 1.397 | 1.860 | 2.306 | 2.896 | 3.355 | 3.833 | 5.041 |
| 9 | 0.703 | 1.383 | 1.833 | 2.262 | 2.821 | 3.250 | 3.690 | 4.781 |
| 10 | 0.700 | 1.372 | 1.812 | 2.228 | 2.764 | 3.169 | 3.581 | 4.587 |
| 11 | 0.697 | 1.363 | 1.796 | 2.201 | 2.718 | 3.106 | 3.497 | 4.437 |
| 12 | 0.695 | 1.356 | 1.782 | 2.179 | 2.681 | 3.055 | 3.428 | 4.318 |
| 13 | 0.694 | 1.350 | 1.771 | 2.160 | 2.650 | 3.012 | 3.372 | 4.221 |
| 14 | 0.692 | 1.345 | 1.761 | 2.145 | 2.624 | 2.977 | 3.326 | 4.140 |
| 15 | 0.691 | 1.341 | 1.753 | 2.131 | 2.602 | 2.947 | 3.286 | 4.073 |
| 16 | 0.690 | 1.337 | 1.746 | 2.120 | 2.583 | 2.921 | 3.252 | 4.015 |
| 17 | 0.689 | 1.333 | 1.740 | 2.110 | 2.567 | 2.898 | 3.222 | 3.965 |
| 18 | 0.688 | 1.330 | 1.734 | 2.101 | 2.552 | 2.878 | 3.197 | 3.922 |
| 19 | 0.688 | 1.328 | 1.729 | 2.093 | 2.539 | 2.861 | 3.174 | 3.883 |
| 20 | 0.687 | 1.325 | 1.725 | 2.086 | 2.528 | 2.845 | 3.153 | 3.850 |

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación psicológica sobre: “la aplicación de un Programa Cognitivo Conductual para mejorar los rasgos depresivos en un grupo de adolescentes”

- **Título de la investigación:** Programa Cognitivo Conductual Para Mejorar Los Rasgos Depresivos En Un Grupo De Adolescentes”.
- **Psicóloga Investigadora:** Licda. Arelis Fernández
- **Lugar:** Gabinete Psicopedagógico del Centro Educativo de Formación Integral Bilingüe China.
- **Duración:** dos semanas, de lunes a viernes.
- **Horario:** de 9:30 A.M. a 11:30 A.M.

Nombre del adolescente participante: _____

Su acudido ha sido invitado de manera gratuita y voluntaria a participar en una investigación psicológica que se realiza como requisito de grado para optar por la maestría en psicología clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá.

El objetivo de dicha investigación es disminuir los rasgos depresivos en un grupo de adolescentes mediante un procedimiento terapéutico de enfoque cognitivo conductual que consta de 10 sesiones, centrándose en estrategias que permitan evaluar el esquema de pensamiento, las actividades diarias y su relación con la gente. Y que puede ser abandonado cuando así lo decida el estudiantes o acudiente.

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con la atención grupal y de haber recibido de la **Licda. Arelis Fernández**, explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido como representante legal aceptar que mi acudido participe de forma voluntaria en el programa antes descrito. Además, autorizo a la **Licda. Arelis Fernández**, pueda utilizar la información codificada en el proyecto de investigación, el cual me indica será manejado con total confidencialidad y reserva los datos personales de mi acudido.

Nombre y firma del acudiente:

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre y firma de la psicóloga:

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____

MANUAL PARA LAS SESIONES DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA MEJORAR LOS RASGOS DEPRESIVOS EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 15 AÑOS

El siguiente programa grupal dirigido a adolescentes, está comprendido por 10 sesiones de intervención, de una hora y media a dos horas cada día.

Las sesiones han sido distribuidas en los siguientes módulos, teniendo como referencia el modelo de Adaptación para los adolescentes puertorriqueños, elaborado por Jeannette Roselló, Ph.D., Guillermo Bernal, Ph.D. del Institute for Psychological Research de la Universidad de Puerto Rico, Río Piedras (2007), basado en el Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión, por Ricardo F. Muñoz, Ph.D., Sergio Aguilar-Gaxiola M.D., Ph.D. y John Guzmán, Ph.D. del Hospital General de San Francisco, Clínica de Depresión.

- **Pensamientos (sesiones 1-2-3)**
- **Actividades (sesiones 4-5-6)**
- **Gente (7-8-9)**
- **Cierre y realimentación final (10)**

También para guiar cada paso de la sesión se dividió cada sesión con sus objetivos, materiales, actividades, repaso de la sesión anterior la actividad de cierre y la tarea asignada. Además, al final de cada sesión existe un espacio para las observaciones que el terapeuta lo puede utilizar para realizar inmediatamente un comentario individual, del

grupo o de la actividad. Se recomienda para trabajar con el grupo, posición de círculos ya que genera confianza.

SESIÓN #1: PENSAMIENTOS

Objetivos:

- Realizar actividades de integración entre las participantes
- Presentar al grupo las generalidades del programa y los compromisos necesarios para las sesiones de trabajo.
- Aprender sobre las cuatro emociones principales
- Aprender sobre la depresión

Materiales:

Hojas blancas, globos, gafetes, marcadores, equipo audiovisual, carpetas, lápices, material impreso, cartulinas de colores, canasta o cajeta, hoja del termómetro, diferentes objetos y cinta adhesiva.

Actividades:

1. Palabras de bienvenida y entrega de los gafetes y carpetas a las participantes (5min)

Se le entregará a cada una un gafete para que coloquen su nombre y nos facilite poder llamarnos por nuestros nombres. Seguido se les dará una cordial bienvenida y se les agradecerá la participación.

2. Dinámicas de conocimiento e integración:(15min)

Dinámica #1: “Mi Globo Personal”:

Se le entregará a cada participante un globo el cual inflarán y escribirán en el mismo con un marcador las respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cuál es mi nombre? ¿Cuántos hermanos tengo? ¿Mi comida favorita? ¿Mi animal favorito? ¿Lugar que quisiera conocer?¿Dos cualidades?¿Dos defectos?¿Qué deseo ser cuando sea grande?

Una vez haya terminado la mayoría de los participantes, se les invita a compartir con el grupo las respuestas.

Dinámica #2; “El reloj”:

Los participantes dibujarán un círculo grande, que asemeje un reloj de pared y se le colocarán 6 horas, el terapeuta les puede hacer un modelo. Luego se establecerá citas con cada participante en horas diferentes y con temas diferentes. Cuando el terapeuta anuncie cada hora tendrán que reunirse con las personas y hablar sobre el tema que acordaron. Luego de manera grupal las que deseen en el círculo hablarán de lo que conocieron de la otra persona.

3. Generalidades del programa: (5min)

El presente programa de enfoque Cognitivo (pensamiento) Conductual (acciones) pretende a través de 10 sesiones, disminuir los indicadores de depresión en el grupo de participantes, proporcionándole estrategias para hacerle frente en el diario vivir, de sus pensamientos hacia el presente y futuro.

Las 10 sesiones se dividen en tres módulos:

De qué forma nuestros **pensamientos** afectan nuestro **estado de ánimo**. (3 sesiones)

De qué forma nuestras **acciones** afectan nuestro **estado de ánimo**. (3 sesiones)

De qué forma nuestros **contactos con la gente** afectan nuestro **estado de ánimo**. (3 sesiones)

Al final una sesión de cierre, que permite la integración de los temas anteriores y conclusiones de los participantes y terapeuta.

4. Compromisos para las sesiones: (15min)

El terapeuta explicará los compromisos fundamentales y luego invitará a las participantes a que agreguen otros compromisos que consideren importante. Esto último permite que las participantes se sientan responsables y que su opinión sea importante.

A medida que se van mencionando (lluvia de ideas) se procederá a escribirlos en una lámina, que permanecerá presente durante todas las sesiones, recordándoles los compromisos, luego de manera simbólica, las participantes lo firmarán. De igual manera el terapeuta como parte del modelaje también firmará para establecer su compromiso

Compromisos Fundamentales

1. ¡**LLEGAR A TIEMPO!** ¡Ser puntual!
2. Ser **RESPETUOSO** consigo mismo y sus compañeros. Por ejemplo, no interrumpir cuando alguien tenga el uso de la palabra, utilizar adjetivos descalificativos o sobrenombres.
3. Lo que se comparte entre los participantes de la sesión es **CONFIDENCIAL**. Sin embargo, está bien compartir lo que has aprendido acerca de la depresión con otras personas, si así lo deseas.
4. Trata de ser lo más **HONESTO/A** posible y expresarte tal y como tú eres y cómo te sientes.
5. **PARTICIPA DE LAS ACTIVIDADES**. Si no practicas lo que se enseña en la sesión, entonces, quizás nunca sabrás si esos métodos te ayudarán a controlar tus sentimientos de depresión.
6. **ESCUCHAR** a los/as demás de la misma manera en que te gustaría que te escucharan.
7. Mantener el **CELULAR EN SILENCIO O EVITAR EL CHAT**.

AÑADIR LAS SUGERIDAS POR EL GRUPO

5. Conociendo mis cuatro emociones principales: (10min)

Explicación del diagrama a las participantes (Mostrarlo en ppt e impreso). Se explica a las participantes que las cuatro emociones básicas son el temor, la ira, la tristeza, el gozo o contento (Goleman, 1995, citado en Lynn, 2009).

El **Miedo** constante que se experimenta en situaciones diversas puede convertirse en ansiedad. La **Ira** es un sentimiento intenso de desagrado y antagonismo

La **Tristeza** persistente se convierte en depresión.

La **Satisfacción o Gozo** es una sensación de bienestar y sentimientos agradables, sin mucha ansiedad, ira y tristeza

Es importante dejar claro que todas las emociones son importantes y necesarias en el balance de nuestras vidas. Pero es necesario tener el control de estas, porque de lo contrario nos puede crear problemas severos en nuestras relaciones y cómo nos sentimos con nosotros mismos.

En este programa abordaremos específicamente como la tristeza prolongada puede desencadenar una depresión.

6. Conociendo sobre la depresión: (15min)

Se lanza una pregunta activadora ¿Qué es la depresión, ¿qué significa para ti? (El/la terapeuta hará esta pregunta al grupo de tal manera que se propicie una "lluvia de ideas". Las ideas se irán escribiendo en una pizarra o cartulina. A partir de las mismas se darán las siguientes definiciones. (Rosselló y Bernal, 2007)

La palabra depresión se usa de muchas formas. Depresión puede significar:

- un **sentimiento** que dura unos cuantos minutos
- un **estado de ánimo** que dura de unas horas a unos cuantos días.
- una **condición clínica** que:

De acuerdo con el **CIE-10**, Las personas que sufren de depresión clínica pueden presentar al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

7. Actividad de cierre “Piezas del diálogo”: (15min)

Se realizará un círculo y mediante piezas del diálogo (que consiste en una canasta con varias piezas y el que desee hablar tomará un objeto que simboliza que tiene la palabra y el resto escucha, y así sucesivamente con el resto de los participantes). Se responderá a las siguientes preguntas:

Terapeuta introduce con la pregunta ¿Cuántos de nosotros/as hemos sentido algo de eso alguna vez?

¿Qué tipos de pensamientos te pasan por la mente cuando te sientes triste o deprimida?

¿Qué es lo que haces cuando te sientes triste o deprimida?

¿Cómo te llevas con la gente cuando estás triste o deprimida?

Material de reflexión:

La depresión puede cambiar la forma como los adolescentes se ven a sí mismos y a sus vidas, así como las personas en torno a ellos. Y los puede llevar a experimentar irritabilidad, frustración y a sentirse no capaces de enfrentar los cambios y retos que tengan por delante. Además, hay muchas presiones familiares, sociales y del medio a cumplir con estándares específicos que imponen la sociedad. Ejemplo: cumplir con ciertos aspectos físicos, económicos y de popularidad entre pares, en especial actualmente las redes sociales.

8. Tarea: (10min)

1. Se le entrega y explica la hoja del termómetro del ánimo para que se lleven y realicen el ejercicio de identificar su estado de ánimo cada día durante la semana.

OBSERVACIONES: _____

SESIÓN #2: Pensamientos

Objetivos:

- Repasar brevemente el contenido de la sesión anterior y ver la tarea del termómetro
- Realizar dinámica activadora que propicie la cohesión del grupo.

- Reconocer cómo los pensamientos influyen en nuestro estado de ánimo.
- Practicar con ejemplos cómo pasar de un pensamiento inflexible a flexible.
- Reconocer los pensamientos dañinos o contraproducentes.

Materiales:

Hojas blancas, lápices, canasta o cajeta, globos, vendas para tapar los ojos, equipo audiovisual, hoja de alimentos del alma, de cómo comprendemos la depresión, de pensamientos inflexibles y de pensamientos dañinos o contraproducentes y lista de pensamientos negativos.

Actividades:

1. Resumen de la sesión anterior y repaso de la tarea: (15min)

El terapeuta mencionará los aspectos claves de la sesión anterior sobre el programa, las emociones fundamentales, de la depresión, recordarle los compromisos y preguntarles cómo se sintieron con la tarea del Termómetro del estado de ánimo.

Importante: de haber participantes que no lo hayan realizado, si llegó temprano a la sesión se le puede invitar a que lo haga, sino es el caso se le puede preguntar que pensamientos le produce la actividad y motivar a que lo realice posteriormente. (Evitar penalizar o hacer comentarios que juzguen al adolescente)

2. Dinámica de conocimiento e integración:

Dinámica #1: “Alimentos del alma” (10min)

Se le entregará una canasta, que contiene frases positivas en segunda persona, el participante tomará uno de los rollitos que contiene la frase, pero lo leerá en voz alta en primera persona. Ejemplo: el rollito con la frase dirá “Tú eres una persona maravillosa” y el participante leerá “Yo soy una persona maravillosa”. Luego el terapeuta podrá preguntar ¿Cómo se sintió con la actividad? ¿Están acostumbrados/as a pensar de esa manera? ¿Piensan que es ser vanidoso?

Finalmente, el terapeuta reforzará la importancia de pensar positivamente acerca de uno mismo y que la manera en que pensamos acerca de nosotros mismos influye en nuestro estado de ánimo.

Esta es una excelente actividad para hacer sentir bien al participante desde el inicio e introducir el contenido de la sesión de hoy.

3. Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo: (15min)

¿Qué son los pensamientos? (El terapeuta hará esta pregunta de forma abierta facilitando una breve discusión al respecto.)

Los **pensamientos** son ideas (frases u oraciones) que nos decimos a nosotros/as mismos/as. Nosotros/as estamos todo el tiempo hablándonos mentalmente, pero no todo el tiempo nos damos cuenta de ello. Hay diferentes tipos de pensamientos que producen diferentes efectos en tu estado de ánimo. Algunos pensamientos aumentan la posibilidad de que te deprimas, mientras que otros/as disminuyen dicha posibilidad. (Rosselló y Bernal, 2007). Vamos a ver a continuación los ejemplos:

(Apoyo ya sea en ppt con el esquema o la hoja de cómo comprendemos la depresión)

¿Cómo suelen pensar las personas con depresión? (se hará esta pregunta de forma abierta por parte del terapeuta, propiciando una lluvia de ideas en torno a pensamientos típicos de las personas con depresión. Luego el terapeuta procederá a explicar con los siguientes ejemplos.

- **Inflexible**

Por ejemplo, una persona que está **triste o deprimida** podrá pensar: “Tengo miedo”. “A mí siempre es al único que mandan a hacer las cosas en casa”. “Nadie le importo”

- **Un pensamiento flexible**

Que podría evitar el sentirnos deprimidos/as podrá ser: “A veces tengo miedo, pero también a veces soy valiente”. “Casi siempre me mandan a hacer las cosas, pero a veces mandan a mi hermano/a”. A veces se molestan conmigo, pero eso no quiere decir que no sea importante para ellos.

- **Enjuiciador**

Una persona que está **triste o deprimida** podría pensar: “Soy un/a cobarde”, “soy feo/a” o “la gente no me quiere, no valgo”

- **Un pensador/a flexible**

Podría decir: "Soy más miedoso/a que la mayoría de la gente que yo conozco". “No seré el/la más lindo/a del mundo, pero tampoco soy, el/la más feo/a. Tengo otras cualidades que me hacen una persona agradable" o "no soy una monedita de oro para caerle bien a todo el mundo”.

4. Practicando ¿Cómo piensan las personas que no están deprimidas? (20min)

El terapeuta entregará de manera individual a cada participante un pensamiento inflexible o enjuiciador característico de personas deprimidas, y en una hoja blanca se les invitará a transformarlos en pensamientos flexibles.

Ejemplo #1: “Yo siempre he sido y seguiré siendo un/a cobarde”. “Soy y seguiré siendo un bruto”.

Ejemplo #2: “Nací para sentirme mal” o “todo lo que hago me sale mal” o “tengo mala suerte”.

Ejemplo #3: “Nunca me han ayudado en nada”. “Nada va a cambiar”.

Luego de otorgarle un tiempo se procede a la discusión grupal, se les refuerza la participación y se les explica que las personas que no se sienten deprimidas hacen lo siguiente con sus pensamientos y se ven los mismos ejemplos: (Rosselló y Bernal, 2007).

1. Cambian

Deprimido: “Yo siempre he sido y seguiré siendo un cobarde”. “Soy y seguiré siendo un bruto”. **Flexible:** “Me siento con miedo a veces, en algunas situaciones”. “Si logro crear hábitos de estudio podría mejorar mis notas”.

2. Miran lo que hacemos, no lo que somos

El pensador deprimido podría decir: “Nací para sentirme mal” o “todo lo que hago me sale mal” o “tengo mala suerte”.

El pensador flexible podría decir: “He estado comportándome de tal manera que ahora me siento deprimido”. “Todo el mundo tiene buenos y malos momentos”. “No tuve todo el apoyo o no puse todo el empeño para lograr lo que quería”.

3. Tienen esperanzas para el cambio

El pensador deprimido diría: “Nunca me ha ayudado nada”. “Nada va a cambiar”.

El pensador flexible diría: “Nada de lo que he tratado hasta ahora me ha ayudado, pero esto es nuevo y podría ser el tiempo oportuno para empezar a sentirme mejor”. “Podría comenzar cambiando algunas cosas que están bajo mi control”. “Voy a continuar tratando hasta que encuentre una solución”.

5. Pensamientos dañinos o contraproducentes: (20min)

El terapeuta entregará a los participantes una hoja llamada “Pensamientos Dañinos o Contraproducentes” El terapeuta explicará la misma y será discutida en grupo. (Rosselló y Bernal, 2007).

1. Pensamiento de todo o nada
2. Filtro mental
3. Descontar lo positivo
4. Saltar a conclusiones erróneas:
 - Leer la mente
 - Bolita de cristal
5. Haciendo las cosas más o menos grandes de lo que realmente son.
6. Tomando tus pensamientos muy en serio: (Pensar que tus pensamientos son la única versión de la realidad)
7. Deberes
8. Etiquetándote a ti mismo/a.
9. Culpándote a ti mismo/a

6. Actividad de cierre “Globo de los pensamientos negativos” (10min)

El terapeuta entrega un globo a cada participante para que este sea llenado de aire y con los ojos vendados.

Se indica a los participantes que en silencio y distantes uno de otro, van a pensar en esos pensamientos dañinos y negativos que tienen de sí mismo y que han recibido de otras personas. Cada vez que soplen van a depositar allí esos pensamientos negativos y las cosas que les hace sentir mal” luego que terminen de depositar los pensamientos. Van a amarrarlo y explotarlo como un simbolismo de que es hora de que queden atrás y le demos paso a un pensamiento más flexible acerca de uno mismo, del mundo y el futuro.

Material de reflexión:

Hay que reconocer que algunos de estos pensamientos pueden estar presentes en las personas deprimidas o no, ante situaciones y eventos que ocurran en nuestra vida diaria. El problema es pensar frecuentemente así

Convirtiéndose en una visión negativa de:

Sí mismo: las personas que padecen depresión suelen considerarse deficientes e inútiles. Atribuyen los errores que cometen a un defecto físico, mental o moral suyo y piensan que los demás les rechazarán.

Del mundo: Se sienten como derrotados socialmente y no están a la altura de las exigencias, ni tienen la capacidad de superar los obstáculos.

Del futuro: La persona que padece depresión piensa que esta situación no se puede modificar, por lo que seguirá así siempre.

7. Tarea (5min)

1. Continuar con el termómetro del estado de ánimo
2. Entregar a cada adolescente un pensamiento dañino o contraproducente” y que escriba ejemplo de ese pensamiento y si le ha pasado alguna vez.
3. Se entrega el registro de pensamientos negativos. Al final del día saca la lista y pon una marca a cada pensamiento que tuviste y lo sumas al final cuantos obtuviste.

OBSERVACIONES: _____

SESIÓN #3: Pensamientos

Objetivos:

- Repasar brevemente el contenido de la sesión anterior y ver la tarea del termómetro
- Realizar dinámica de autoconocimiento
- Brindar recomendaciones para aumentar pensamientos que produzcan un mejor estado de ánimo y disminuir los que nos hacen daño.
- Explicar y practicar el modelo ABCD

Materiales:

Hojas blancas, pilotos, lápiz, equipo de audio visual, hoja para mostrar el modelo del árbol, hoja con el esquema del modelo ABCD, hoja del cuadro de aumento de pensamientos positivos, hoja de trabajo del ejemplo grupal, hoja con la frase “Solamente yo tengo control de mis pensamientos”.

Actividades:

1. Resumen de la sesión anterior y repaso de la tarea: (10 min)

El terapeuta pregunta al grupo ¿Qué recuerdan de la sesión anterior?

Le recuerda al grupo la sesión anterior acerca de la influencia que tienen los pensamientos en el estado de ánimo y en especial de personas deprimidas, la relación que existe entre los pensamientos, las acciones y el estado de ánimo. Además, cómo se puede cambiar los pensamientos inflexibles y dañinos por pensamientos flexibles que generan mayor tranquilidad y bienestar.

Preguntar por el Termómetro del Ánimo: ¿Cómo se han sentido llenándolo cada día?, como van con la lista de pensamientos negativos, cuantos contaron el día de ayer y ver los ejemplos que elaboraron del pensamiento dañino que le tocó.

2. Dinámica de autoconocimiento e integración:

Dinámica #1: “Yo soy especial”. (10min).

El terapeuta entrega una hoja blanca y les solicita a los participantes que coloquen el título **Yo Soy Especial**, luego que dibujen un árbol con muchas ramas y que luego coloquen en cada rama cualidades positivas. Que posteriormente compartirán en el grupo y se colocará en el mural de galería.

La autoestima juega un papel preponderante para dar respuesta a la pregunta ¿Quién soy? Cómo te juzgas, lo que haces, lo que dices de ti para justificar la conducta son determinantes en los resultados que obtengas de tu vida personal y profesional.

3. Qué podemos hacer para aumentar pensamientos que mejoran el estado de ánimo y disminuir los que nos hacen sentir mal. (10min)

El terapeuta mostrará y explicará el siguiente cuadro y serán presentados de tal manera que se genere una discusión grupal en torno a los mismos. Se proporcionará copia de ese material a los participantes. (Rosselló y Bernal, 2007)

| Aumentando pensamientos que producen un mejor estado de ánimo | Disminuyendo los pensamientos que nos hacen sentir mal |
|--|--|
| 1. Aumenta en tu mente el número de pensamientos buenos: Haz una lista de los pensamientos buenos que tienes acerca de ti mismo/a y de la vida en general, como lo hemos ido practicando en las sesiones. | 1. Interrumpe tus pensamientos: Primero, identifica el pensamiento. Después, dite a ti mismo/a: “Este pensamiento está arruinando mi estado de ánimo, por lo tanto, voy a pensar otro”. Recordar lo que hemos visto en sesiones anteriores. |
| 2. Felicítate mentalmente: Las otras personas no notan la mayoría de las cosas que hacemos. Por lo tanto, es importante para nosotros/as reconocerlas y darnos crédito por ellas. | 2. Tiempo para preocuparse: Programa un “tiempo para preocuparte” puede ser de 10 a 30 minutos de duración diariamente. De tal forma que te puedas dejar el resto del día libre de preocupaciones. |
| 3. Detén todo lo que estás haciendo: Cuando nos ponemos nerviosos/as podemos tomar un descanso y darnos mentalmente un “tiempecito” a nosotros/as mismos/as. | 3. Ríete de los problemas exagerándolos Trata de tener un buen sentido del humor y reírte de tus preocupaciones. |
| 4. Proyección al futuro: Imagínate a ti mismo/a en el futuro, en un tiempo en el que las cosas serán mejores. | 4. Considera lo peor que puede pasar: A menudo sucede que algunos miedos que tenemos acerca de lo que podría pasar nos hacen sentir más deprimidos/as. Recuerda que lo peor que puede pasar es solamente una de las muchas posibilidades y sólo porque es la peor no significa que es la más probable que ocurra. |

4. Hablándole a tus pensamientos: (20min)

El terapeuta muestra el esquema diseñado que explica el método ABCD a los participantes para mejor comprensión.

A= es el evento Activante, es decir, lo que sucedió.

B=es en inglés el “**B**elief” (la creencia) o el pensamiento que estás teniendo; es decir, lo que te dices a ti mismo/a acerca de lo que está pasando.

C=es la Consecuencia de tu pensamiento; es decir, el sentimiento que tienes como resultado de tu pensamiento. Pueden ser consecuencias físicas o comportamientos

D= es la forma en que le **D**iscutes o le hablas a tu pensamiento y puede generar un efecto diferente sobre las consecuencias.

Cuando te sientas deprimido/a, pregúntate a ti mismo/a lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando o hiriendo. Veamos los siguientes ejemplos:

Ejemplo#1

A= tengo dos 1.0, en dos clases seguidas de la misma materia y estamos a mitad de año

B= “Yo soy un bruto” “Nada me sale bien”, “Voy a tener que repetir el año”, “Nunca podré estudiar o trabajar en lo que quiero ser”.

C= Me siento triste, frustrado/a y molesto/a.

D= Últimamente no me han salido las cosas bien, pero todavía tengo alternativas para recuperar esas notas, como esmerarme en los trabajos y buscar alguien que me explique. Quizás esa materia me cueste comprenderla, pero soy muy inteligente y talentoso en otras.

Ejemplo# 2:

A= Mi mamá me dijo que me llevaba de compras y no lo hizo.

B= “Mi mamá se preocupa solo por ella y no por mí” “Ella debería llevarme”, “No lo puedo soportar”

C=Me siento triste y enojada. Le dejé de hablar.

D= “Ella por lo general trata de sacar el tiempo para mí, quizás mi mamá tuvo un percance”, “A lo mejor estaba cansada”. “Si no es hoy otro día será”.

Ejemplo# 3:

A= Me ignoró el muchacho que me gusta.

B= Soy fea, no le gustaré a ningún muchacho, nunca me casaré.

C= Me sentí muy triste y avergonzada y lloré.

D= No le gustaré a ese muchacho, pero sé que soy atractiva para otros. “Yo tengo cualidades y otros me las reconocerán”

5. Ejercicio de práctica del modelo ABCD (25min)

Luego el terapeuta puede tener dos alternativas, que el grupo genere un ejemplo grupal o el terapeuta traiga una situación en la que se pueda desarrollar el método ABCD, y luego que sea representado en juego de roles por los/las participantes.

Ejemplo de Situación: A= Terminar una relación de pareja

Luego del juego de roles se les presenta el esquema donde se muestra la diferencia entre el pensamiento inflexible y el flexible.

6. Actividad de cierre “Círculo de confianza”: (10min)

El terapeuta solicita que se haga el círculo de confianza y cada participante expresará cómo se siente en este momento y que piensa de la frase que le entrega el terapeuta que dice: “Solamente yo tengo control de mis pensamientos”

Material de Reflexión:

Una parte importante de nuestros pensamientos determinan la intensidad y duración de nuestras emociones, en este caso la depresión. Con frecuencia los pensamientos son tan rápidos y automáticos, que ni siquiera los percibimos, por lo tanto, el primer paso es aprender a detectarlos y a lo largo de estas tres sesiones hemos podido conocer aquellos que no benefician y transformarlos en positivo. Depende de nosotros/as ponerlo en práctica.

7. Tarea (5min):

1. ¿Cómo me siento cada día? Continúa llenando el Termómetro del Ánimo.
2. Se le entrega la lista de pensamientos positivos, para que al final del día saque su lista y ponga una marca a cada pensamiento que tuvo. Siga llenando ambas listas y sume el número total de pensamientos positivos y el número total de pensamientos negativos.
3. Use el método ABCD para hablarle a tus pensamientos y si tienes un ejemplo que te haya sucedido en el resto del día lo puedas compartir en la siguiente sesión.

OBSERVACIONES: _____

SESIÓN #4: Actividades

Objetivos:

- Repasar brevemente el contenido y ver las tareas de la sesión anterior.
- Familiarizar a las participantes con la técnica de respiración profunda
- Aprender sobre la influencia de las actividades en nuestro estado de ánimo.
- Proporcionar la lista de actividades agradables
- Reconocer los obstáculos para realizar actividades agradables.

Materiales:

Hojas blancas, pilotos, lápiz, equipo de audio visual, hojas con de la lista de actividades agradables, pelota.

Actividades:

1. Resumen de la sesión anterior y repaso de la tarea: (15 min)

El terapeuta pregunta al grupo ¿Qué recuerdan de la sesión pasada? y les comenta sobre las recomendaciones para aumentar los pensamientos positivos, la importancia del método ABCD para explicar la influencia que tiene el modo de pensar, y como ante un mismo evento las personas pueden responder (actuar) de manera diferente. La clave está en sus pensamientos.

Seguimiento al termómetro de las emociones, ¿Cuáles fueron de los pensamientos que tuviste en el día?, ¿Predominaron los positivos o negativos? ¿Alguien logró aplicar el método ABCD en el transcurso del día? Reforzar la participación por parte del terapeuta y motivar al grupo a hacerlo.

2. Introducción a la práctica de la respiración profunda (20min)

El terapeuta puede iniciar comentando que estar relajado puede ayudar a aliviar el estrés. También puede aliviar la ansiedad, la depresión y los problemas del sueño. Relajarse significa calmar la mente, el cuerpo o ambos.

El terapeuta invitará a los participante a adoptar una posición cómoda en su silla, con la espalda recta, dos pies juntos y no tener nada en sus manos.

Vamos a practicar una respiración profunda: cierren los ojos y vacíen su mente de todo pensamiento. Tomen aire profundamente y visualicen aire fresco que entra por su nariz y llena sus pulmones. Concéntrense en su respiración y en el sonido del aire. Con cada respiración piensen en la palabra calmado/a o relajado/a.

Concéntrense en el aire nuevo y mantengan el aliento hasta que les sea cómodo, mientras exhala lentamente, continúen relajándose y concentrándose solo en su respiración y en el aire que sale de su cuerpo. Continúen esta respiración con otras inhalaciones profundas. (Lynn, 2009)

Luego el terapeuta invita a los participantes a abrir sus ojos y les pregunta ¿Cómo se sintieron durante el ejercicio? y se fomenta el diálogo.

Luego puede comentar a las participantes **algunos beneficios de la relajación:**

- La disminución de los niveles de ansiedad o estrés
- Aumentan la seguridad y la confianza en nosotros mismos.
- Mejoran la digestión.
- Proporcionan un descanso más profundo y de calidad.
- Mayor capacidad para conciliar el sueño
- Mejor oxigenación de la sangre.
- Ayudan a equilibrar la tensión arterial.
- Facilitan la recuperación física y mental.
- Aumentan la capacidad de concentración.

3. Influencias de las actividades en nuestro estado de ánimo: (15min)

| |
|--|
| “Entre Menos Actividades Agradables tiene la Gente, más Deprimidos Se Sienten” |
|--|

La pregunta clave que hará el terapeuta de manera abierta, para generar la discusión grupal es:

¿Dejas de hacer cosas porque te sientes deprimido? o ¿Te deprimes porque dejas de hacer cosas?

La respuesta más probable es que sean las **dos** cosas: Entre menos cosas agradables haces, más deprimido te sientes. Entre más deprimido te sientes, menos cosas agradables haces. A esto se le llama un **“Círculo Vicioso”**.

Para romper el círculo vicioso, puedes aumentar aquellas actividades que te hagan sentir mejor. A estas actividades también les puedes llamar “agradables”, “placenteras”, “reforzantes”, “inspiradoras”, etc. Nosotros les llamamos “agradables”.

Se presenta el diagrama que representa la interacción entre pensar, actuar y sentir. No es suficiente decirte a ti mismo: ¡Siéntete bien! A menudo es más fácil cambiar las cosas que haces. Si cambias las cosas que haces, entonces también cambiarás la forma en que te sientes.

4. “Lista de actividades agradables”: (10min)

El terapeuta explica a los participantes que las actividades agradables **NO tienen que ser actividades especiales** (aunque pueden serlo). Es más bien actividades cotidianas.

Algunas veces nos es difícil pensar en cosas que nosotros consideramos agradables, especialmente si no las hemos hecho en mucho tiempo. Cuando estamos deprimidos, nos es más difícil recordar cosas agradables.

Para ayudarles a hacerlo nosotros, vamos a ver la **Lista de actividades agradables** para que la vean y al final la tendrán como tarea.

Se explica a los participantes que, si alguna de las actividades no se aplica a ustedes, entonces déjenla en blanco o táchala con una línea.

De igual manera existen unos espacios en blanco, dónde puedes colocar actividades agradables que realizas y que no aparecen en la lista.

5. Algunos obstáculos para trabajar con actividades agradables son: (15min)

El terapeuta para ejemplificar los obstáculos utilizará la siguiente pregunta para abrir la discusión. **¿Cómo creen ustedes que cazan los monos en África?**, se inicia la lluvia de ideas.

Luego de escuchar ideas, se les indica que efectivamente a través de trampas en la noche, luego dibuja la trampa, que consiste en un cuadrado donde hay una abertura donde sólo tiene espacio el mono para meter y sacar su mano.

Formula la siguiente pregunta: **¿Qué fruta ustedes creen que le colocan dentro de la trampa?** muchos dirán bananos, hasta que finalmente el terapeuta les indique que lo que utilizan es coco.

Pero el coco es más grande que el espacio que cuenta en la trampa para sacarlo solo cabe la mano. Y ¿Qué pasa al día siguiente? llegan los cazadores y el mono sigue voluntariamente agarrando el coco. Sólo le bastaría con soltar el coco para ser libre. Pero el elige quedarse con el coco.

Esto lleva a la reflexión de asociarlo a que los obstáculos, que si no lo soltamos se convierten en cocos.

Por ejemplo:

Tus pensamientos: ¿Qué es lo que te dices a ti mismo mientras piensas acerca de cómo las actividades agradables influyen en tu estado de ánimo? ¿Existen cosas que te dices a ti mismo que disminuyen la posibilidad de que puedas trabajar en tus actividades?

La gente: ¿Existe la posibilidad de que otra gente te dificulte el disfrutar de actividades agradables?

Y se anexan los ejemplos que las participantes vayan señalando: puede ser el uso excesivo de las redes sociales o televisión, pereza entre otras. Y se les explica que al igual que los monos tenemos que soltar esos cocos que no nos permiten disfrutar y realizar actividades agradables.

6. Actividad de cierre “Tingo y tango”: (10 min)

El terapeuta en círculo, mientras va rotando la pelota entre las participantes, va diciendo de manera lenta o rápida la palabra tingo, varias veces a medida que va rotando la pelota, cuando dice tango, la pelota se detiene y la participante que la tenga responde a la pregunta.

1. ¿Qué actividades te gusta realizar?
- 2 ¿Qué actividad solías hacer antes y que ahora no la haces?
3. ¿Qué has aprendido hoy?
4. ¿Qué te llevas?

Material de Reflexión:

“Lo más importante no es lo que sucede, sino cómo reaccionas a ello, lo que elegimos pensar y lo que elegimos hacer”. Hal Urban

7. Tarea (5min)

1. ¿Cómo me siento cada día? Continúa llenando el **Termómetro del Ánimo**.
2. Continúa trabajando en tus pensamientos. Llena tu **Lista de Pensamientos** cada día.
3. Utiliza la Lista de Actividades Agradables, pon una marca a cada una de las actividades agradables que hagas cada día. Si hay alguna actividad que encuentras agradable y no aparece en la lista, añádela. **Personaliza tu lista**.

OBSERVACIONES: _____

SESIÓN #5: Actividades

Objetivos:

- Repasar brevemente el contenido y ver las tareas de la sesión anterior.
- Familiarizar a las participantes con la técnica de relajación muscular progresiva.
- Realizar el taller de las actividades balanceadas.
- Reconocer las diferencias entre metas claras y metas no claras.

Materiales:

Hojas blancas, pilotos, lápiz, equipo de audio visual, hoja de relajación de Jakobson, hoja de programa semanal de actividades, lectura “El carpintero”.

Actividades:

1. Resumen de la sesión anterior y repaso de la tarea: (15 min)

El terapeuta abrirá la discusión grupal, con lo que recuerden de la sesión anterior, y mencionará la importancia de realizar actividades agradables, como por ejemplo la relajación que realizamos, además sobre el impacto que tienen en nuestro estado de ánimo, del círculo vicioso que ocurre cuando estamos deprimidos y los obstáculos a superar.

Con relación a las tareas, ¿Cómo siguen con las actividades, del termómetro, lista de pensamientos y actividades agradables?

2. Práctica de relajación muscular progresiva Jakobson (15min)

El terapeuta indicará a los participantes que vamos nuevamente a relajarnos, se requiere mantenerse en silencio, sentados en una silla, con la espalda recta y las manos sobre las piernas en una posición relajada y los dos pies apoyados en el suelo. Se guiará de la hoja de trabajo con los ejercicios y se los modelará a las participantes.

3. Nuestro estado de ánimo está en lo óptimo cuando nuestras actividades están bien balanceadas entre las cosas que “tenemos que hacer” y las cosas que “queremos hacer”. (20min)

El terapeuta indicará a las participantes el siguiente ejercicio, donde escribirán en una hoja en blanco:

1. Lista de actividades agradables que uno puede hacer en Panamá, sin gastar mucho dinero.
2. Otras cosas que demandan tu tiempo y la necesidad de hacer actividades agradables
3. ¿Qué pensamientos te pueden ayudar a planificar y disfrutar de las actividades?
4. ¿Qué es lo que te obstaculiza o impide tener actividades agradables?

Luego se pasará la discusión del ejercicio grupal para compartir las ideas y experiencias.

4. Creando tu propio plan para superar la depresión: (20min)

El terapeuta hará estas preguntas de forma abierta, fomentando la discusión grupal. ¿Qué son las metas? ¿Cuál es la relación de las metas con las actividades?

Para superar la depresión:

Ponte metas razonables

Anota las cosas positivas que haces

Recompénsate en tu mente y en la vida real

Poniéndote metas realistas:

Ponte metas claras y concretas (de tal forma que te des cuenta cuando las hayas realizado)

| METAS NO CLARAS (globales - generales) | METAS CLARAS (específicas - concretas) |
|--|--|
| Estar menos aburrido | Ir al centro comercial (a las tiendas) una vez en semana |
| Ser un buen amigo | Pasar tres horas a la semana haciendo cosas agradables con tus amigas/os |
| Ser un buen músico | Pasar x horas a la semana practicando un instrumento |
| Subir las notas | Estudiar dos horas todas las tardes |
| Rebajar | Caminar 30 minutos por las tardes y llevar una buena dieta |

El terapeuta instará al grupo a proporcionar ejemplos, tomando los anteriores como modelo. Se realizará un ejercicio en el que se practique el convertir metas no claras en metas claras.

5. Actividad de cierre “Lectura del Carpintero”: (15 min)

El terapeuta invitará a los/as participante a prestar atención a la siguiente, lectura y puede invitar a que las participantes lo lean en voz alta:

El Carpintero

Un carpintero ya entrado en años estaba listo para retirarse. Le dijo a su jefe de sus planes de dejar el negocio de la construcción para llevar una vida más placentera con su esposa y disfrutar de su familia. Él iba a extrañar su cheque mensual, pero necesitaba retirarse. Ellos superarían esta etapa de alguna manera.

El jefe sentía ver que su buen empleado dejaba la compañía y le pidió que si pudiese construir una sola casa más, como un favor personal. El carpintero accedió, pero se veía fácilmente que no estaba poniendo el corazón en su trabajo.

Utilizaba materiales de inferior calidad y el trabajo era deficiente. Era una desafortunada manera de terminar su carrera.

Cuando el carpintero terminó su trabajo y su jefe fue a inspeccionar la casa, el jefe le extendió al carpintero, las llaves de la puerta principal. "Esta es tu casa, dijo, es mi regalo para ti".

¡Qué tragedia! ¡Qué pena! Si solamente el carpintero hubiera sabido que estaba construyendo su propia casa, la hubiera hecho de manera totalmente diferente. ¡Ahora tendría que vivir en la casa que construyó “no muy bien” que digamos!

Luego el terapeuta abre la discusión grupal: ¿Qué piensan de la lectura? ¿De haberlo sabido lo hubiese hecho diferente? ¿Tiene relación con las metas?

Material de reflexión:

Piensen como si fueran el carpintero. Piensen en sus metas. Cada día clavamos un clavo, levantamos una pared o edificamos un techo. Construyan con sabiduría. Es la única vida que podrán construir. Inclusive si solo la viven por un día más, ese día merece ser vivido con gracia y dignidad.

Recuerden: Tú eliges hacia **Dónde** y tú decides hasta **Cuándo**. Porque tu camino es un asunto exclusivamente tuyo.

6. Tarea (5min):

1. Continuar con la **Lista de Actividades Agradables**
2. Se le entregará el material para que realicen su **Programa Semanal de Actividades**

OBSERVACIONES: _____

SESIÓN #6: Actividades

Objetivos:

- Repasar brevemente el contenido y ver las tareas de la sesión anterior.
- Continuar con las prácticas de respiración profunda y relajación muscular progresiva.
- Conocer los tipos de metas

- Elaborar mis propias metas.
- Reconocer los dos mundos objetivo y subjetivo

Materiales:

Hojas blancas, pilotos, lápiz, equipo de audio visual, música de relajación, colchonetas (opcional), hojas de las metas individuales, proyección de la anciana y otras imágenes de diferencias perceptivas.

Actividades:

1. Resumen de la sesión anterior y repaso de la tarea: (15 min)

El terapeuta les consulta que recuerdan de la sesión anterior, se abre la discusión grupal y le ofrece realimentación. De igual manera se pregunta ¿Cómo van con la Lista de Actividades Agradables y su Programa Semanal de Actividades?

2. Práctica de respiración profunda y relajación muscular progresiva con música (25min)

El terapeuta, dará las indicaciones generales para la relajación y propiciará un ambiente agradable, con música instrumental, y acostados/as en colchonetas, y con un tono de voz suave y calmada iniciar las instrucciones de respiración profunda y relajación muscular de Jakobson ya vistos en las dos sesiones anteriores.

3. Conociendo los tipos de metas (20min.):

Cómo se ha señalado anteriormente, las metas son los objetivos que una persona que se traza de cara al futuro, es decir, lo que desea realizar o los pasos que pretende dar futuramente. Y éstas se dividen de la siguiente manera:

Metas a corto plazo: Aquellas más próximas al presente, cosas que te gustaría hacer pronto (digamos que dentro de los próximos seis meses).

Ejemplos: Empezar a levantarse más temprano de lo usual, a las 8 en vez de las 9.

Controlar lo que se gasta de la mesada para ahorrar mensualmente.

Metas a largo plazo: Cosas que te gustaría hacer en alguna ocasión en tu vida.

Ejemplos: Llevar una vida más activa físicamente.

Obtener un título profesional universitario.

Metas de la vida: objetivos que nos planteamos para alcanzar un sueño. Esas metas pueden ser a corto o largo plazo, dependiendo de su magnitud y de las situaciones que las afecten. Su fin es darle un sentido o propósito a nuestra existencia. ¿Qué es lo que te importa más en la vida?

Luego de la explicación el terapeuta repartirá hoja de las metas individuales y lápiz a cada participante. Se pedirá a cada uno que escriba una meta a corto plazo y una meta a largo plazo. Luego se le pedirá al grupo que voluntariamente compartan las metas que han escrito y que se analice si las mismas son realistas. Así mismo, que se identifiquen los posibles obstáculos que puedan impedir el realizarlas.

4. La depresión y el manejo saludable de la realidad (10min)

El terapeuta explica que todos nosotros/as vivimos en dos mundos:

El mundo objetivo: el mundo de afuera, lo que está afuera de nosotros/as

El mundo subjetivo: el mundo de adentro, lo que está adentro de nuestra mente

El terapeuta presenta en proyección y los participantes con la hoja “retrato de la dama”. Se generará una discusión grupal en torno a diversas percepciones que se pueden tener del mismo dibujo (el retrato de una dama joven o el de una anciana). Todo esto dirigido a ilustrar la diferencia entre los mundos objetivo y subjetivo.

Se pueden ofrecer más ejemplos de imágenes para generar mayor discusión.

Estos dos mundos son nuestra **Realidad**. La clave para sentirte emocionalmente saludable es:

Aprender a Manejar estas dos Partes de Nuestra Realidad

Nadie controla completamente estos dos mundos. Sin embargo, podemos aprender a obtener un mayor control del mundo subjetivo y a identificar formas de manejo del mundo objetivo.

5. Actividad de cierre “balance del día”: (15min)

El terapeuta en círculo con los participantes, los invitará a compartir con las siguientes dos preguntas para todos los/as participantes:

Haciendo tu **Mundo de Afuera** más saludable para ti.

¿Qué es lo que puedes hacer ahora?

Hablemos de tus **alternativas**.

Hablemos de tu **tiempo**.

tu **Mundo de Adentro** más saludable para ti.

¿Qué es lo que puedes hacer ahora?

Hablemos de tus **alternativas**.

Hablemos de tu **tiempo**.

Material de reflexión:

Las actividades agradables hacen que tu tiempo se vuelva más satisfactorio.

A medida que tu tiempo se vuelve más satisfactorio, también tu vida se volverá más satisfactoria. Integra tus actividades agradables dentro de tu plan en la vida. Si las actividades agradables te ayudan a superar la depresión, ellas también te ayudarán a sentirte emocionalmente más saludable.

6. Tarea: (5min)

1. Continúa con el registro del **termómetro del estado de ánimo, de actividades agradables** y el **programa semanal**.

OBSERVACIONES: _____

SESIÓN #7: Gente

Objetivos:

- Repasar brevemente el contenido y ver las tareas de la sesión anterior.
- Propiciar la integración entre los participantes

- Reconocer la influencia que tiene el contacto con otras personas afectando nuestro estado de ánimo.
- Impulsar las redes de apoyo

Materiales:

Hojas blancas, pilotos, lápiz, equipo de audio visual, rollo de lana, hoja de la red de apoyo, cartulina, sillas, tape.

Actividades:

1. Resumen de la sesión anterior y repaso de la tarea: (15 min)

El terapeuta les consulta que recuerdan de la sesión anterior, se abre la discusión grupal y le ofrece realimentación.

Además, lanza la pregunta abierta ¿Cómo les ha ido con la lista **de actividades agradables**, en el **programa semanal**? ¿Cómo les fue?

2. Dinámica “El Zoológico”: (5min)

El terapeuta pide a los participantes que, en círculo, sentados escuchen las indicaciones, se procederá a mencionar animales. Si son de tierra se sientan, si son de mar se agachan, si son de aire se levantan y si dice zoológico cambian de asiento y el que no consiga puesto le toca seguir la lista de animales.

Es una dinámica activadora y que fomenta la interacción entre los participantes y el terapeuta.

3. Cómo los contactos con otras personas afectan nuestro estado de ánimo: (10min)

La depresión fuerte está relacionada con los siguientes factores: (se proyecta)

- Menos contactos con personas.
- Sentirte incómodo, tímido o enojado hacia otras personas.
- Ser menos asertivo, es decir, no expresar lo que te agrada o desagrada.
- Ser más sensible a sentirte ignorado, criticado o rechazado.

¿Es la depresión la que causa que las personas sean menos sociables?, o bien, ¿el ser menos sociable causa que las personas se depriman? El terapeuta hará esta pregunta de forma abierta fomentando así la discusión grupal.

La respuesta es que lo más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas se influyen mutuamente. Por ejemplo, un cambio de escuela puede significar el dejar muchas amistades. Esto puede causar que te sientas triste. Si al sentirte triste no haces el esfuerzo de conocer nuevas amistades, la tristeza puede convertirse en una depresión larga e intensa. Al sentirte deprimido, tendrás menos ganas de conocer otras personas, lo que causará el estar más deprimido hasta que uno pasa la mayor parte del tiempo solo y triste. (Rosselló y Bernal, 2007).

4. La importancia del Apoyo Social: (20min)

El apoyo que recibimos al estar en contacto con otras personas es muy importante para nuestra salud. Los contactos que tenemos con nuestra familia y, amigos/as crean una especie de red social protectora o “red de apoyo social”. Como si fuese una telaraña.

Para realizar el Ejercicio de la **Telaraña**:

El terapeuta proporcionará un rollo de hilo de lana. El grupo se formará en círculo. La persona que tenga el rollo de lana lo arrojará a alguno de sus compañeros/as, diciendo el nombre del compañero a quien se lo arroja, sin soltar el extremo del hilo que tomó. A su vez, la persona a la que se arrojará el rollo de hilo lo arrojará nuevamente a otra persona, diciendo el nombre de a quién se lo tira, manteniendo el hilo agarrado y así sucesivamente hasta que todos tengan sujetado el hilo de la lana. De esta manera se irá formando una telaraña.

Este ejercicio permite señalar, que entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos, más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles. El sistema o “red de apoyo social” se refiere a la gente que está cercana a nosotros y con la cual compartes información o momentos importantes de tu vida. Esta gente pueden ser familiares, amigos, vecinos, compañeros de estudio y conocidos

Y que además lo que suceda en el ejercicio le sirve al terapeuta para ejemplificar que se pueden dar conflictos en esas interacciones. Cómo puede pasar en el ejercicio, que a la persona que le tiras el hilo se le cae, o tu puntería no es la mejor y la tiras antes o muy lejos o se enredan en el nombre. Así nos puede pasar en la vida real, tener conflictos con esas interacciones, que son parte de la vida y que esas personas son importantes para tu soporte.

5. ¿Cuál es tu red de apoyo social? ¿Quiénes son tus amigos? ¿Cuántas veces los ves? ¿Qué hacen?: (10min)

Ejercicio: Representa tu red de apoyo social utilizando el diagrama

El terapeuta dará copia del diagrama a cada participante, y les indica que escriban en cada figura geométrica el nombre de alguna persona que forme parte de tu red. Luego se colocarán todas las hojas del diagrama en unas cartulinas formando una “red de apoyo grupal”.

6. Manteniendo sana tu red de apoyo social y buenas relaciones: (15min)

¿Cómo podemos mantener una red de apoyo social saludable?

EL terapeuta formulará la pregunta de forma abierta, abriendo espacio para una breve discusión.

El contacto con otros es muy importante: Ya sea por teléfono o en persona.

Hay pensamientos que pueden bloquear esto:

“Me van a rechazar”.

“Me aceptarán sólo porque son amables”.

“No querrán salir conmigo después de conocerme”.

Por otro lado, para **mantener sana las buenas relaciones** es necesario **ser asertivo**.

¿Cuáles son las diferencias entre ser pasivo, asertivo y agresivo?

El terapeuta formulará la pregunta de forma abierta abriendo espacio para la discusión.

Ser asertivo: es la capacidad de expresar sentimientos y pensamientos con el objetivo de velar por nuestros intereses, nuestros derechos, pero sin tener la finalidad de dañar a la otra.

En otras palabras, es decir lo que piensa, sin necesidad de agredir, insultar o imponer su punto de vista (agresivo) ni quedándose callado/a, evitando dar su opinión (pasivo).

7. Actividad de cierre “Estatuas de la comunicación” (10min):

Los participantes caminarán por todo el salón, y van a interactuar con los demás compañeros, en silencio, de acuerdo con el estilo de comunicación que señale el terapeuta.

Se van a comportar como una persona pasiva, cuando el terapeuta diga alto quedan congelados con la posición que hayan quedado, luego lo hará con agresivo y asertivo.

Material de reflexión:

Ser asertivo es algo que se puede aprender en cualquier etapa de la vida, el logro de expresarse con asertividad lo obtendrán sólo si practican esta forma de comunicación. Será importante que sepan decir no, que puedan pedir, exigir, saber negociar y sobre todo ser flexible con la asertividad de otras personas.

8. Tarea: (5min):

1. Continúen el registro del **termómetro, actividades agradables y programa semanal**.
2. Identifiquen si en el resto del día tuvieron algunas de estas tres interacciones (**asertivo, agresivo o pasivo**)

OBSERVACIONES: _____

SESIÓN #8: Gente

Objetivos:

- Repasar brevemente el contenido y ver las tareas de la sesión anterior.
- Propiciar la integración entre los participantes

- Reconocer los pensamientos, acciones y sentimientos se influyen unos a otros.
- Reconocer los aspectos importantes de la interacción con otras personas.
- Practicar la asertividad a través de la visualización.

Materiales:

Hojas blancas, pilotos, lápiz, equipo de audio visual, corazón de cartulina, calcomanías, pilotos de colores, hoja de diagrama de pensamiento, sentimientos y acciones, música instrumental.

Actividades:

1. Resumen de la sesión anterior y repaso de la tarea: (15 min)

El terapeuta les consulta que recuerdan de la sesión anterior, se abre la discusión grupal y le ofrece realimentación.

De igual manera les pregunta, cómo van con el registro del termómetro, actividades agradables programa semanal y si desean compartir alguna interacción que hayan tenido reciente ya sea asertiva, agresiva o pasiva.

2. Dramatización de los diferentes tipos de Escucha: (25min)

El terapeuta solicitará tres participantes voluntarios para que cada uno asuma un rol dentro de la actividad y el resto serán observadores en silencio.

- **Primera Dramatización:**

La participante #1 tiene como misión, pensar y contarle sus vacaciones favoritas a la participante #2 cuando entre al salón. Por su parte la participante #2 permanece afuera del salón y el terapeuta le da la siguiente instrucción: al entrar te sentarás al lado de la participante #1 que tratará de contarte algo, pero asumirás un papel de ignorar mientras la otra intenta contarte. En ese momento la participante #3 permanece observando en silencio.

- **Segunda dramatización:**

Luego el que asumía el papel de ignorar, la participante #2, será la que piense en sus vacaciones y la participante #3 saldrá del salón y se le dará la siguiente instrucción: asumirás el papel de no dejarla hablar, tú tienes cosas más importantes para decirle tus vacaciones son más importantes y la voluntaria 1 solo observará.

- **Tercera dramatización:**

Finalmente, la participante #3 comentará sus vacaciones a la participante #1 que ha recibido la instrucción de: asumir un papel de escucha activa, mirar a los ojos, mostrar que le importa y quiere saber. Y la participante 2 observa en silencio.

Luego el terapeuta les preguntará como se sintieron a las participantes y al resto del grupo, sobre lo que observaron y la relación que guarda con lo que hemos visto hasta ahora

Este ejercicio permite a los participantes identificar la importancia que tiene nuestro lenguaje corporal, cómo nuestras interacciones con otras personas pueden afectar la relación ya sea para fortalecerla o deteriorarla.

3. Estando sólo o con otros es importante prestar atención a las siguientes áreas: (25min)

(Presentar el diagrama de la interacción entre pensamientos, sentimientos y acciones)

- **Tus pensamientos:**

Pensamientos que te ayudan a sentirte cómodo con otras personas. En ocasiones, al cambiar tu perspectiva puede cambiar la forma en que te sientes y te comportas.

Por ejemplo, en lugar de pensar “¿cómo puedo sentirme cómodo en esta situación?; trata de pensar: “¿cómo puedo ayudar a otros a sentirse cómodos? El terapeuta debe pedirle ejemplos al grupo. Pensamientos que te impiden hacer amigos. Ejemplos: “¿Podrá ser él o ella un buen amigo?” “¿Podría yo o quiero ser un buen amigo para él o ella?” vs. ¿Podríamos tener una amistad satisfactoria para ambos?

- **Tus expectativas:**

¿Qué es lo que uno puede esperar de otras personas? ¿Qué es lo que otros pueden esperar de uno?

El terapeuta puede intentar ejemplificar este concepto sirviéndose de las relaciones paternofiliales. ¿Qué puedes esperar de tus padres? ¿Qué esperan tus padres de ti? el terapeuta puede instar al grupo a que comparta experiencias que ayuden la discusión. Si son muy altas tus expectativas, te desilusionarás y, quizás, te frustrarás. Si tus

expectativas son bajas, entonces no te estás dando ni le estás dando a otros/as una oportunidad.

- **Tus acciones:**

¿Cómo haces acercamientos con otras personas? ¿Cuál es la impresión que les causas a otras personas? La información a continuación se presentará mediante diapositivas. Se generará una breve discusión en torno a la misma.

- Tu cara: ¿Te sonríes de vez en cuando? ¿Haces contacto con los ojos?
- Tu cuerpo: ¿Parece que está decaído? ¿Parece estar cansado o rendido?
- Tu apariencia: ¿Es apropiada para la ocasión y el lugar en donde te encuentras?
- Tu habla: ¿Es muy lenta o tan suave que es difícil escucharte?
- Tu conversación: ¿Muestras interés en lo que dicen otras personas? o ¿las ignoras o críticas?
- Tu actitud: ¿Te quejas o te lamentas demasiado?

- **Tus sentimientos:**

Reconoce cómo te sientes. Comunica de forma adecuada lo que sientes.

La diferencia entre ser pasivo, asertivo o agresivo: La siguiente definición será proyectada y la misma será discutida en el grupo.

Recuerdan que la Asertividad es ser capaz de compartir sentimientos positivos y negativos y sentirte cómodo haciéndolo.

4. Aprendiendo como ser asertivo (15min):

- **Practicando en tu mente.**

Ejercicio de visualización individual: El terapeuta indicará a los miembros del grupo que piensen en una situación en la que se les hace difícil ser asertivos/as. Se pondrá música de fondo y se darán las siguientes instrucciones: (Rosselló y Bernal, 2007)

- Imagínate la situación como si fuera una fotografía
- Imagínate empezando la acción como si fuera una película
- Imagínate diciendo algo en forma asertiva
- Imagínate la respuesta que recibes

(Este ejercicio es una forma útil de ensayar la asertividad, antes de ponerla en práctica).

5. Actividad de Cierre “Te ofrezco mi corazón”: (5min)

El terapeuta les indica a los participantes que ha realizado corazones con papel de colores, decorados con calcomanías alegres, que contienen el nombre en el centro de cada uno y los colocará en una mesa. Y les pedirá a todos los participantes que escriban algo positivo sobre las personas en el transcurso de los días restantes. Incluye que el terapeuta también les refleje por escrito algo positivo a los participantes. En la sesión de cierre se discutirá.

6. Tarea (5min):

- Seguir con los registros
- Usa la sesión para practicar situaciones donde necesitas decirle algo a otra persona, pero te cuesta mucho trabajo.

OBSERVACIONES: _____

SESIÓN #9: Gente

Objetivos:

- Repasar brevemente el contenido y ver las tareas de la sesión anterior.
- Propiciar la participación e integración entre los participantes
- Reconocer el estado de ánimo afecta lo que piensas y lo que haces y por lo tanto las relaciones con otras personas.

- Identificar la importancia de una comunicación directa y clara con otras personas.

Materiales:

Hojas blancas, pilotos, lápiz, equipo de audio visual, mensaje del teléfono descompuesto.

Actividades:

1. Resumen de la sesión anterior y repaso de la tarea: (15 min)

El terapeuta les consulta que recuerdan de la sesión anterior, se abre la discusión grupal y le ofrece realimentación. La forma en la que piensas acerca de las cosas afecta tu estado de ánimo. Tu estado de ánimo afecta lo que piensas y lo que haces. Puedes cambiar tus pensamientos y acciones para ayudarte a sobreponer tus sentimientos de depresión.

De igual manera consultar al grupo si les ocurrió alguna situación donde necesitas decirle algo a otra persona, pero te cuesta mucho trabajo.

2. Cuando consideres los contactos con otra gente también considera (35min):

- Tus pensamientos sobre otras personas
- Lo que haces con otras personas
- Cómo te sientes al estar con otras personas

Tus pensamientos sobre otras personas.

Encuentras que... ¿No puedes confiar en otras personas?

¿No te sientes con ánimo de tolerar a otras personas?

¿Te sientes atemorizado/a de las otras personas?

¿Las otras personas esperan mucho de ti?

Tu comportamiento alrededor de otras personas:

Considera cómo te presentas a otras personas.

¿Cómo podrías ayudar a que otras personas se sientan cómodas contigo?

¿Qué hacen los/as otros/as adolescentes?

¿Te comportas asertivamente? Recuerda, asertividad significa ser capaz de compartir tus sentimientos positivos o negativos con otras personas y sentirte cómodo al hacerlo.

Veamos el ejemplo: Una discusión entre hermanos. En la misma uno insulta al otro.

Pasivo: no decir nada, “tragárselo”

Agresivo: devolverle el insulto

Asertivo: “fíjate, yo no te he faltado el respeto durante la discusión, espero que tú hagas lo mismo.

Realizar el siguiente ejercicio:

El terapeuta procederá a dividir el grupo en dos o tres. Le pedirá a cada subgrupo que trabaje una situación para la que puedan brindar tres alternativas de manejo, de acuerdo con el ejemplo anterior. Luego se procederá a dramatizar y discutir las mismas. A un grupo se le puede asignar una alternativa agresiva, otro grupo pasiva y otro asertivo.

3. No es útil pensar que algo anda mal contigo o con otros cuando las relaciones no funcionan bien. Es útil considerar las siguientes preguntas: (15min)

El terapeuta fomentará que el grupo comparta experiencias que puedan aportar a la discusión. ¿Tú deseas las mismas cosas que la otra persona en tu relación con ella?

¿Son sus intereses similares?

¿Son capaces de decirse el uno al otro lo que piensan y sienten libremente?

Las relaciones con otras personas valen la pena cultivarse. Sin embargo, las relaciones nunca se acabarán de cultivar. Nada de lo que es vivo se queda estático, siempre cambia.

4. Actividad de cierre “El teléfono descompuesto” (20min)

Para el siguiente ejercicio el terapeuta pedirá que, con excepción de una, todos los miembros del grupo salgan del salón. Se le comunicará al que permaneció en el salón un secreto. Que dice lo siguiente:

“Ayer hizo muy buen tiempo: hizo sol y calor, el cielo estuvo despejado. Fui con mi hermana Andrea al parque para jugar fútbol y montar bici. Después, cené en un restaurante chino con mi amigo del colegio. Él vivió tres años en Chiriquí y el mes pasado volvió a la ciudad de Panamá.”

Luego se pedirá que uno de los que estaba fuera del salón pase al interior de este. El participante al que ya se le comunicó el secreto, deberá comunicárselo al que acaba de entrar de la forma más fiel y precisa posible. Al participante que acaba de entrar se le dará la misma información y así sucesivamente. Al final se le pedirá al último participante que entró al salón que diga en voz alta el secreto. Su versión se comparará con la versión original.

Material de reflexión:

Muchas veces la gente discute cosas sobre lo que otros dijeron sin saber si eso era lo que las otras personas realmente querían decir. El terapeuta les solicita a los participantes hagan el círculo de la confianza para verbalizar o expresar lo más sobresaliente o relevante que podrían llevar consigo del aprendizaje adquirido en el día.

5. Tarea (5min):

- Seguir todos los registros del termómetro del ánimo, los pensamientos positivos, negativos, actividades agradables, programa semanal
- Identificar cuantas interacciones con personas tuvieron que hayan sido asertivas.
- Método ABCD

OBSERVACIONES: _____

SESIÓN #10: CIRERRE

Objetivos:

- Establecer asociación de los tres módulos con la depresión
- Propiciar la integración entre los participantes
- Reforzar los conceptos aprendidos
- Realizar la realimentación final

Materiales:

Hojas blancas, pilotos, lápiz, papeles de construcción, engrapadora, pilotos de colores, gomas escarchadas, tijeras, canasta y objetos.

Actividades:

1. Resumen general y conocer cómo se sintieron con las tareas (20min):

El terapeuta invitará hacer una discusión general, revisando inquietudes y reflexiones, que a lo largo de estas sesiones hemos trabajado acerca de nuestros pensamientos, cómo identificarlos, desechar aquellos que nos impiden sentirnos bien y aplicar un pensamiento más flexible que acompañado de actividades agradables, nos permiten mantenernos ocupados y productivos. Teniendo un impacto en nuestro estado de ánimo y de igual manera en nuestras relaciones interpersonales, donde empezamos a practicar y enseñar a las personas a nuestro alrededor de una interacción más asertiva y saludable. Hasta ahora, hemos aprendido a pensar, comportarnos y sentir de una forma más saludable. En algunos momentos de nuestra vida, pueden suceder cosas que nos sobrecargan. A veces la depresión comienza durante tales momentos. Si las formas que estamos usando para lidiar con los problemas no son suficientes, entonces será útil aprender nuevas maneras de pensar y de comportarse, de tal forma que sea mucho menos probable para nosotros permanecer deprimidos/as.

2. Dinámica “En una Isla Solitaria” (15min)

El terapeuta proyecta en diapositiva y señala la consigna: “Imagínate que deberás pasar el resto de tu vida en una isla apartada. En ella no tendrás problemas de satisfacer tus

necesidades de comida, vivienda y ropa. Otras personas deberán transcurrir el resto de sus vidas junto a ti, personas que tú quizás no conocías anteriormente y ahora los conoces más.

Elegir para cumplir cada una de las funciones solicitadas a continuación, a uno de tus compañeros:

Elijo a.....en caso de tener que permanecer un largo tiempo en una isla porque.....

Elijo a.....en caso de necesitar un buen consejo y orientación porque.....

Elijo a.....en caso de necesitar ayuda en un momento de apremio porque.....

Elijo a.....para reírme y divertirme con él porque.....

Elijo a.....para que me defienda en caso de grave peligro, porque.....

Elijo a.....para que me guarde algo valioso que me pertenece porque.....

Elijo a.....para guardar un secreto porque.....

El ejercicio ofrece la posibilidad de fomentar la imaginación, expresar la amistad o dependencia de otras personas, brindar oportunidad de criticar a otros sin herirlos y hablar indirectamente sobre valores.

3. Armar una lista con palabras que hayan aprendido a lo largo de las sesiones: (20min)

Ejercicio individual: Se invita a los participantes a realizar una lista de conceptos que consideran que son claves, importantes o que hayan aprendido nuevo y luego en discusión grupal vemos que conceptos se repiten y que les pareció importante o llamativo.

Esta actividad permite reforzar los conocimientos y medir el conocimiento que hayan adquirido los participantes.

4. Presentación grupal de la actividad: “Te ofrezco mi corazón”: (15min)

La actividad consiste en que cada una de las participantes pasará a la mesa retirar su corazón, donde se expresa lo que el grupo ha identificado como cualidad positiva. Se compartirá en el grupo y expresarán ¿Cómo se sienten?

5. Actividad de cierre: “Reflexión final” (20min)

El terapeuta les solicita a los participantes hagan el círculo de la confianza para verbalizar o expresar lo más sobresaliente o relevante que podrían llevar consigo del aprendizaje adquirido durante todo el programa.

OBSERVACIONES: _____

